
Aus der
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Direktor: Prof. Dr. med. K. Frieze

Peripartale Einflussgrößen auf Geburtsmodus und Zufriedenheit unter
besonderer Beachtung des Wunschkaiserschnittes

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von
Veronika Schrittenloher, geb. Schaudig
aus Würzburg

2015

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Franz Kainer
Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Inga Hege
Priv. Doz. Dr. Rainer A. Wiedemann
Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. Ralph Kästner
Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR
Tag der mündlichen Prüfung: 15.01.2015

	Seite
1. Einleitung	
1.1 Historischer Überblick: Von der ultima ratio zum Kaiserschnitt auf Wunsch	3
1.2 Literaturübersicht	7
1.3 Fragestellung	9
1.4 Definitionen	9
2. Schwangerenkollektiv und Methodik	
2.1 Auswahl der Schwangeren	11
2.2 Aufbau der Fragebögen	
2.2.1 Teil 1 - vor der Geburt	12
2.2.2 Teil 2 - nach der Geburt	15
2.3 Studientyp und Durchführung der Studie	17
2.4 Statistische Auswertung	17
3. Ergebnisse	
3.1 Vergleich der Studienpopulation mit dem Schwangerenkollektiv der Klinik	20
3.2 Ausgewählte geburtshilfliche Parameter des Studienkollektivs	21
3.3 Ergebnis des ersten Fragebogens	22
3.4 Ergebnis des zweiten Fragebogens	34
3.5 weitere Ergebnisse	42
4. Diskussion	
4.1 Diskussion des Schwangerenkollektivs und der Methodik	
4.1.1 Schwangerenkollektiv	73
4.1.2 Fragebogen Teil 1 – vor der Geburt	75
4.1.3 Fragebogen Teil 2 – nach der Geburt	77
4.1.4 Studientyp und Durchführung der Studie	79
4.1.5 Statistische Auswertung	81
4.1.6 Vergleich unserer Studienpopulation mit dem Schwangerenkollektiv der Klinik	81
4.2 Diskussion der gewünschten und tatsächlichen Geburtsmodi	82

4.3	Diskussion des Einflusses der Ausprägung der Schwangerschaftsplanung	90
4.4	Diskussion der steigenden Kaiserschnitttrate	93
4.5	Diskussion der Geburtsängste	102
4.6	Diskussion der Geburtszufriedenheit und des Geburtserlebens	105
5.	Zusammenfassung	110
6.	Literaturverzeichnis	112
7.	Anhang	123

1. EINLEITUNG

1.1 Historischer Überblick: Von der ultima ratio zum Kaiserschnitt auf Wunsch

Der Name „Kaiserschnitt“ wird häufig von der Geburt von Gajus Julius Caesar abgeleitet. Doch die Annahme Caesar sei der Namenspatron der „Sectio caesarea“, beruht wohl eher auf einer Legende eines römischen Schriftstellers namens Plinius der Ältere (23-79 n.Chr.). Er beabsichtigte wahrscheinlich, dem jungen Kaiser etwas Mystisches bzw. Göttliches einzuhauchen, denn Darstellungen über Schnittentbindungen lassen sich bis in die griechische Mythologie zurück verfolgen {Broscher 2003, Oblasser 2007}. Angeblich wurde auch der Sohn des höchsten griechischen Gottes Zeus, Dionysos, aus dem Leib seiner Mutter geschnitten {Essig 2000}.

Sollte Gajus Julius Caesar wirklich per Kaiserschnitt zur Welt gekommen sein, so wäre seine Mutter mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei diesem Eingriff gestorben. Nach römischem Recht durften Schnittentbindungen nur als „Sectio in mortua“ durchgeführt werden, d.h. wenn die Schwangere bereits verstorben war {Broscher 2003, Oblasser 2007}. Die Mutter von Gajus Julius Caesar starb aber erst 54 v. Chr., so müsste sie noch über 40 Jahre nach einer Sectio überlebt haben, was zu jener Zeit medizinisch undenkbar war {Oblasser 2007}. Dies ist auch im damals gebräuchlichen Begriff „Sectio in mortua“ zu erkennen.

Doch woher stammt der Name Sectio caesarea wirklich?

Die auf einen römischen König (Numa Pompilius, 715-673 v. Chr.) zurückzuführende lex regia besagte, dass verstorbene Schwangere getrennt von ihrem Fetus begraben werden mussten {Broscher 2003, Essig 2000, Oblasser 2007}. Somit war es Gesetz, die Leibesfrucht aus dem Körper einer verstorbenen Schwangeren herauszuschneiden. Wahrscheinlich stammen

daher auch die ersten Bemühungen, die Hoffnung auf ein lebendes Kind nach dem Tod der Schwangeren durch eine Sectio nicht ganz aufgeben zu müssen {babylexikon 2009}.

Das lateinische Nomen „caesus“ bedeutet (Auf-)Schneiden, somit könnte man „Sectio a caeso utero“ mit „Operation am aufgeschnittenen Uterus“ übersetzen. Andererseits bedeutet Sectio auch „der Schnitt“ im Lateinischen. Damit wäre der Begriff „Sectio caesarea“ eine Zusammenkunft gleichbedeutender Wörter. Die Schnittlinge bzw. Herausgeschnittenen wurden „caesones“ genannt {Broscher 2003, Essig 2000}.

Die Namensgebung des römischen Feldherrn Caesar stammt wahrscheinlich nicht vom lateinischen „caesus“, wonach Caesar als der Herausgeschnittene interpretiert werden könnte, sondern eher aus der punischen Sprache. Caesar bedeutet dort der Elefant, weswegen es für wahrscheinlich gehalten wird, dass seine Vorfahren Elefantenjäger waren und er aus diesem Grund den Beinamen Caesar bekommen hat {Oblasser 2007}.

Um den Kreis um die Herkunft des Begriffs „Sectio caesarea“ wieder zu schließen, sei erwähnt, dass im deutschen Sprachgebrauch ja das Wort „Kaiserschnitt“ verwendet wird. „Kaiser“ leitet sich vom lateinischen „Caesar“ ([ˈkaesar] oder heute [ˈtsɛ:zar]) ab; so entstand analog aus „Sectio caesarea“ der „Kaiserschnitt“. Anscheinend verweilte die Legende um die Schnittentbindung des Gaius Julius Caesars in den Köpfen der Menschen oder ihr wurde doch ein wenig Glauben geschenkt {Broscher 2003}.

Von der Sectio in mortua bis zur Sectio in vivo dauert es noch lange. Die weitere Entwicklung der Schnittentbindung wurde über Jahrhunderte von der Tauffrage geleitet. Im 13. Jahrhundert bestimmte der Theologe Thomas von Aquin (1225-1274) die religiöse Indikation zum Kaiserschnitt, damit das Kind auf jeden Fall getauft werden konnte {Essig 2000, Oblasser 2007}. Das mögliche Überleben der Mutter rückte weiter in den Hintergrund, da diese ja schon getauft war. Jahrhunderte später wird auch noch von einer Taufspritze berichtet, mit der Weihwasser in den Muttermund eingeführt werden sollte, um

das möglicherweise sterbende Kind noch zeitgerecht zu taufen {Oblasser 2007}.

Im Jahre 1500 wird der erste Kaiserschnitt überliefert, den Mutter und Kind überstanden haben. Der Schweizer Jacob Nufer soll seiner seit Tagen in den Wehen liegenden Frau den Bauch aufgeschnitten und ein Kind entbunden haben. Er nutzte seine praktischen Fähigkeiten als Schweinekastrator und konnte so Mutter und Kind retten. Angeblich soll eben diese Frau ein Jahr später auch Zwillinge auf normalem Geburtsweg zur Welt gebracht haben {Essig 2000}.

Aus dem 17. Und 18. Jahrhundert gibt es vereinzelt dokumentierte Erfolge in der Weiterentwicklung der Schnittentbindung. Der Kaiserschnitt wurde an Lebenden durchgeführt {Essig 2000, Oblasser 2007}. Desweiteren ersetzte man den zuvor üblichen Längsschnitt durch einen Querschnitt, weil ein tobender Stier einer Schwangeren den Bauch aufgeschlitzt haben soll und sie diese „Schnittentbindung“ überlebte. Der heute durchgeführte Pfannenstiel-Querschnitt wurde um 1900 von Hermann Johannes Pfannenstiel (1862-1909) eingeführt. Bei dieser Technik wird eine suprasymphysäre Querinzision vorgenommen, welche unter anderem auch kosmetische Vorteile bietet.

Doch bis etwa 1850 lag die Sterberate der Mütter nach einer Sectio bei 50-60% {Oblasser 2007}. Deswegen galten die Embryotomie, die Zerstückelung des Kindes im Mutterleib, sowie die Craniotomie, die Perforation des Schädels zur Enthirnung des Kindes und Verringerung des Kopfumfanges, als bessere Alternativen bei Geburtskomplikationen. Dass die meisten Frauen nach der Operation verstarben, lag an Infektionen und inneren Blutungen, da die Uteruswunde selten genäht wurde {Essig 2000}.

Einen großen Fortschritt steuerte der italienische Chirurg Eduardo Porro (1842-1902) im Jahre 1876 bei. Bei der Porro'schen Operation wurde die Gebärmutter, meist zusammen mit den Eierstöcken, entfernt, wodurch die Blutungsrate und somit die Mortalität gesenkt werden konnte {Broscher 2003}. Einer Müttersterblichkeit von „nur“ 15-20% stand aber die eingekaufte Kastration der Frau gegenüber. Nachdem 1881 von Ferdinand Adolf Kehler (1837-1914) der erste Kaiserschnitt in einer Technik, wie sie an sich heute noch

besteht, durchgeführt wurde, war die Zeit gekommen die Craniotomie endgültig durch die Sectio caesarea zu ersetzen. Max Sänger (1853-1903) und der selbe Kehrler postulierten 1882, dass die nicht verschlossene Uteruswunde das vorrangige Problem bei der Kaiserschnittoperation sei. Sie forderten das logisch zwingende Nähen der Wunden. Ein Jahr später engagierte sich der Wiener Chirurg Theodor Billroth (1829-1894) für das separate Nähen der einzelnen Gewebelagen {Oblasser 2007}.

Langsam bekam auch die Anästhesie Einzug in die Geburtshilfe: Über Chloroform- und Äthernarkosen entwickelte sich bis Ende des 19. Jahrhunderts die Lumbalanästhesie als eine neue Narkoseform und etablierte sich Anfang des 20. Jahrhunderts in der Geburtshilfe. {Essig 2000, Wikipedia 2013}. Heutzutage gelten die Periduralanästhesie (PDA) und die Spinalanästhesie (SPA), bei Fehlen von Kontraindikationen, als Standardnarkoseverfahren bei Kaiserschnitten.

Nach Etablierung der Schmerzlinderung wurde ab 1900 die mütterliche Sterblichkeit als Indikator zur Bewertung einer erfolgreichen Sectionsmethode herangezogen. Diese konnte bis 1930 auf 1% und in der jetzigen Zeit auf 5 pro 100000 Lebendgeborene gesenkt werden {2010, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Oblasser 2007}. Entscheidende Schritte bei der Senkung der Mortalität waren das aseptische Operieren, die Einführung der Antibiotika, die Möglichkeit der Bluttransfusionen und, wie oben schon erwähnt, die Anästhesie, sowie das Nähen der Uteruswunde und der einzelnen Gewebeschichten {babylexikon 2009, Essig 2000}.

1.2 Literaturübersicht

Die Weiterentwicklung der Sectio caesarea steht auch in jüngster Zeit nicht still. Moderne Operationsverfahren wie die sogenannte Misgav-Ladach-Methode werden bevorzugt angewendet. Dabei wird nur anfänglich geschnitten und dann das Gewebe gedehnt und gerissen. So soll die Heilung beschleunigt und Wundkomplikationen verringert werden {Essig 2000, Schneider 2010}.

Während des Rückgangs der Mortalität durch die Sectio, stieg der Anteil an Kaiserschnittentbindungen fortlaufend an. Zwischen 1930 und 1950 lag er bei ca. 3% aller Geburten, 1975 bei bis zu 15% und heutzutage bei ungefähr 32% {2010, Statistisches Bundesamt, Stand: 19. März 2012, Oblasser 2007}.

Die Ätiologie dieses Anstieges scheint multifaktoriell zu sein und soll später in dieser Arbeit noch angesprochen werden. Man meint jedoch, dass auch die Zahl der sogenannten Wunschkaiserschnitte, eine Sectio ohne medizinische Indikation, ihren Teil beiträgt {Mould 1996}. Sicherlich spielen in erster Linie andere Faktoren, wie eine gesteigerte technische Überwachung, das zunehmende Durchschnittsalter der Schwangeren sowie haftungsrechtliche, personelle und finanzielle Aspekte eine Rolle {Grübner 2005, Hainer 2011}.

Die gesteigerte Kaiserschnitttrate steht auf der einen Seite, doch sind diese Frauen dann auch zufriedener mit ihrem Geburtserleben? Und könnte man diesen Frauen gewisse lebensgeschichtliche oder psychosoziale Wesenszüge zuordnen?

In der Literatur finden sich zu diesem Thema recht unterschiedliche Aspekte.

Blomquist et al. beobachteten 2011, dass acht Wochen postpartal die mütterliche Zufriedenheit unter Erstgebärenden nach einer geplanten Sectio höher gewesen sei, als nach einer geplanten vaginalen Geburt {Blomquist 2011}. Im gleichen Jahr erkannten jedoch Karlstrom et al., dass Frauen mit einem Kaiserschnitt auf Verlangen mehr negative Geburtserfahrungen berichteten und dadurch in größerem Zweifel standen, ob sie in Zukunft weitere Kinder haben wollen würden {Karlstrom 2011}.

Schindl et al. bemerkten einerseits, das Geburtserleben der Frauen mit elektiver Sectio sei im Vergleich zu den Frauen, die vaginal entbunden wurden, besser;

andererseits konstatierten sie auch, dass 83,5% der Frauen mit vaginaler Geburt und nur 74,3% der Frauen mit Wunschsectio für eine nächste Geburt den gleichen Geburtsmodus wählen würden {Schindl 2003}.

Von einer signifikant besseren Geburtserfahrung unter Frauen mit vaginaler Entbindung im Vergleich zu denen mit Kaiserschnitt auf Wunsch berichteten Tschudin et al.. In ihrer Arbeit sollten auch mögliche Einflusswerte für den Wunsch nach einer elektiven Sectio gefunden werden. Sie gaben an, dass ein vorausgegangenes negatives Geburtserlebnis und ein vorausgegangener Kaiserschnitt als solche gelten könnten {Tschudin 2009}. Von diesen Einflussfaktoren setzten uns auch Kottmel et al. und Hildingsson et al. in Kenntnis {Hildingsson 2002, Kottmel 2012}.

Zu den Begebenheiten im Leben einer Frau, die möglicherweise den Wunsch nach einem Kaiserschnitt als präferierten Geburtsmodus aufkommen lassen, können in der Literatur auch weitere Arbeiten gefunden werden.

In der Studie unter schwedischen Schwangeren wurde 2002 von Hildingsson et al. gezeigt, dass eine vorausgegangene Sectio, die Angst vor der Geburt und frühere negative Geburtserlebnisse statistisch mit dem Wunsch nach einem Kaiserschnitt in Zusammenhang stehen. Außerdem sollen das Alter der Mutter, der Familienstand und der Wohnbezirk eine Rolle spielen {Hildingsson 2002}. 2011 nannten Dursun et al. folgende Gründe für die Anfrage nach einem Kaiserschnitt: Die Angst vor den Geburtsschmerzen, das mütterliche Alter und das Wissen über den möglichen Zusammenhang einer vaginalen Geburt mit postpartaler Beckenbodenschwäche. Laut dieser Arbeit soll das Bildungsniveau der Schwangeren keine Rolle beim Kaiserschnitt auf Wunsch spielen {Dursun 2011}.

Die Anschauungsweisen zu diesem Thema sind nicht widerspruchsfrei und geben Platz für wissenschaftliche und gesellschaftliche Diskussionen.

1.3 Fragestellung

- Welche mütterlichen oder geburtshilflichen Faktoren können den Geburtsverlauf beeinflussen?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen präpartalen Faktoren und postpartalem Erleben und Zufriedenheit?
- Wie hoch ist die Prävalenz an Wunschkaiserschnitten in der Frauenklinik?

1.4 Definitionen

Man spricht von einer primären Sectio, wenn diese vor dem Beginn der Geburt geplant und durchgeführt wird. „Vor der Geburt“ wird definiert als die Zeitspanne vor dem Einsetzen muttermundswirksamer Wehen und vor dem Blasensprung. Der sogenannte Wunschkaiserschnitt gehört in diese Kategorie. Unter sekundärer Sectio versteht man die Entwicklung des Kindes durch einen Kaiserschnitt nach Beginn der Geburt.

Die Definition des „Wunschkaiserschnittes“ ist nicht einfach und nicht einheitlich. Vor allem Befürworter des Wunschkaiserschnittes sprechen sich dafür aus, den Ausdruck elektive Sectio zu verwenden. Für sie stellen die persönlichen Beweggründe der Frau eine ausreichende Indikation für die Schnittentbindung dar.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) definiert einen Wunschkaiserschnitt folgendermaßen:

"Als Sectio auf Wunsch (auch „Sectio kraft Vereinbarung“ oder „Gefälligkeitssectio“ genannt) bleibt hiernach begrifflich nur der Fall, in dem keine medizinische Indikation ersichtlich ist. In Betracht kommen die Fälle, in denen aus beruflichen oder terminlichen Gründen Zeit und Ort der Entbindung im Voraus fest bestimmbar sein sollen (z.B. Tag der Jahrtausendwende oder

Geburt unter einem günstigen Horoskop) oder die Teilnahme des Partners gewünscht wird, der zeitlich nicht frei verfügbar ist." {DGGG 2008}

In dieser Arbeit werden die Formulierungen Wunschkaiserschnitt/ -Sectio, Kaiserschnitt auf Wunsch, Wunsch nach primärer Sectio und elektive Sectio gleichbedeutend verwendet.

Die obige Stellungnahme der DGGG wird als Grundlage für die Begriffsdefinition des „Wunschkaiserschnitts“ verwendet. Demnach werden Frauen mit Zustand nach Sectio oder einer anderen Operation am Uterus, Schwangere mit einem Kind in Beckenendlage und alle ähnlichen Vorbedingungen nicht zu den „echten“ Wunschkaiserschnitten gezählt.

2. SCHWANGERENKOLLEKTIV UND METHODIK

2.1 Auswahl der Schwangeren

In der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Innenstadt der LMU München wurden im Zeitraum von November 2011 bis Mai 2012 522 Schwangere in die Studie aufgenommen. Eingeschlossen wurden alle Schwangeren, die zur Erstvorstellung in die Schwangerenambulanz kamen und die eine Einverständniserklärung zur Teilnahme unterschrieben. Nicht ausreichende Deutschkenntnisse waren ein Ausschlusskriterium. Um das Kollektiv möglichst heterogen zu halten, wurden bewusst weder Mehrlingsschwangerschaften und Mehrgebärende, noch Schwangerschaftskomplikationen, wie z.B. eine Placenta praevia, ausgenommen. Um dieser unterschiedlichen Auswahl gerecht zu werden, werden die Schwangeren später zur vergleichenden Auswertung in drei Gruppen eingeteilt.

Die Aushändigung des Fragebogens und die Einholung der Einverständniserklärung erfolgte durch die diensthabenden Hebammen der Schwangerenambulanz. Über den Studienzeitraum von sechs Monaten führten diese Aufgabe insgesamt sechs Hebammen durch.

Der Anteil der Schwangeren, die nicht bereit waren an der Studie teilzunehmen, schwankte – auch abhängig von der jeweiligen Hebamme - zwischen 5 und 15%.

2.2 Aufbau der Fragebögen

In der Studie „Geburt: Wünsche, Erwartungen und postpartale Zufriedenheit“ wurden die Frauen präpartal zu ihren Wünschen und Erwartungen bezüglich der Geburt und postpartal nach ihrer Zufriedenheit mit dieser befragt.

2.2.1 Teil 1 – vor der Geburt

Den ersten Fragebogen (siehe Anhang 1) bekamen die Schwangeren bei ihrer Erstvorstellung in der Schwangerenambulanz ausgehändigt. Neben der Symptomcheckliste in ihrer Kurzversion (SCL-K-9), wurden auch eigene Elemente entwickelt. Bei einem Umfang von sieben Seiten und 32 Items benötigten die Frauen meist nicht mehr als zehn Minuten zum Ausfüllen des Fragebogens.

Die erste Seite wurde als „Merkblatt für Schwangere“ generiert. Dort wird neben der Erklärung des Studienziels, auch der Ablauf der Studie skizziert. Ferner werden die Teilnehmerinnen über den Datenschutz und die vertrauliche Behandlung ihrer Angaben informiert. Damit die Schwangeren im Falle von Rückfragen oder Problemen in Zusammenhang mit der Studie die Ansprechpartner zur Verfügung haben, verbleibt dieses erste Blatt bei den Frauen.

Auf Seite zwei befindet sich die Einverständniserklärung. Mit der Unterschrift auf dieser, wird die Einwilligung zur Teilnahme gegeben. Außerdem wird erklärt, dass bei Widerruf der Teilnahme keinerlei Benachteiligungen in der weiteren Behandlung auf die Schwangere zukämen.

Mit der dritten Seite beginnt die eigentliche Befragung. Die Items 1) bis 21), sowie 22) und 23) sind eigene Instrumente, dazwischen ist die SCL-K-9 eingefügt.

Die Fragen 1) und 2) beziehen sich auf den gewünschten bzw. für die Schwangere geplanten Geburtsmodus. Anhand dieser Angaben erfolgt später die Gruppeneinteilung in eine risikoarme Gruppe mit geplanter vaginaler Geburt

(Gruppe A), eine risikoarme Gruppe mit Frauen, die eine Wunschsectio anstreben (B), und in eine Kontrollgruppe derer, mit geplanter Sectio aus medizinischen Gründen, sowie aller Übrigen (C).

In Gruppe A werden diejenigen Frauen eingeschlossen, welche bei „jetzt geplanter Geburtsmodus“ (Frage 2), die Antwort „vaginale, spontane Geburt“ geben. Die Einteilung erfolgt unabhängig davon, welche Antwort bei Frage 1 („Welchen Geburtsmodus haben Sie sich vor der Schwangerschaft am ehesten gewünscht?“) gegeben wurde. Die Schwangeren der Gruppe A streben also eine Spontangeburt an und es ist meist mit einem problemlosen Geburtsverlauf zu rechnen. Bei entsprechendem Antwortverhalten und Geburtswünschen, wurden hier auch einige Schwangere mit Kinder in Beckenendlage eingeschlossen, die natürlich nicht als risikoarm gelten können.

Zu Gruppe B werden die Schwangeren gezählt, welche als geplanten Geburtsmodus „Wunschkaiserschnitt“ markierten.

Abzugrenzen davon ist Gruppe C. Bei diesen ist ein Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen geplant. Die Gründe dafür sind vielfältig und reichen von Placenta praevia bis Beckenendlage des Kindes. Gruppe C soll als Kontrollkollektiv dienen, da diese Frauen ja kaum Wahlmöglichkeit bei ihrem Geburtsmodus haben.

Die restlichen Fragen ab 3), ausgenommen der Symptomcheckliste, sollen die Wünsche und Erwartungen der Schwangeren an den Ablauf der Geburt bzw. den Geburtsvorgang an sich, hervor bringen. Das Augenmerk soll hauptsächlich auf die präpartal gestellten Erwartungen und die korrelierende postpartale Zufriedenheit jeder Schwangeren gelegt werden. Prinzip ist, die Wünsche und Erwartungen mit Hilfe einer Ratingskala präpartal zu quantifizieren und dementsprechend postpartal das Outcome auf einer zweiten Ratingskala zu erfassen.

Bei der Literaturrecherche und in zahlreichen Diskussionsforen haben sich folgende große Themengebiete für „Wünsche und Erwartungen an die Geburt“ herauskristallisiert:

- der Geburtsmodus
- die Dauer der Geburt

- die Geburtsschmerzen und die Ängste vor der Geburt
- die Gesundheit des Kindes
- die Gesundheit der Gebärenden
- die Informiertheit und Einbeziehung in Entscheidungen
- die Kontrolle und Berechenbarkeit
- die Selbstbestimmung/ Individualität
- der erste Kontakt zum Kind
- die Anwesenheit des Partners
- der Einsatz von technischen Geräten und Medikamenten
- das Geburtserleben und die Geburtserfahrung

Diese erwiesen sich bei einer orientierenden Befragung einiger Schwangeren, sowie der Mitarbeiter der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik Innenstadt, als adäquate Schwerpunkte und wurden dann als geeignete Fragen formuliert.

Darüber hinaus wurden einige Fragen zur Person und Lebensgeschichte gestellt. Die Intention war, möglicherweise bestimmte Lebensereignisse oder Persönlichkeitsmerkmale den einzelnen Gruppen (A-C) zuordnen zu können.

Es wurden die Items „Beziehung zur Mutter“, „Beziehung zum Vater“ und „Gewalterfahrung“ eingefügt.

Desweiteren machten wir von der Symptomcheckliste-Kurzversion-9 (SCL-K-9) Gebrauch. Dies ist eine Kurzform der Symptomcheckliste-90-R (SCL-90-R), welche einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychischer Probleme darstellt. Die SCL-Kurzversion-9 wurde 1998 von Klaghofer und Brähler entwickelt {Klaghofer 2001} und misst die psychische Symptombelastung innerhalb des Zeitraums der letzten sieben Tage. Der Patient bewertet seine subjektiv empfundene Beeinträchtigung anhand einer fünfstufigen Likert-Skala. Die Abstufungen reichen von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) und ermöglichen dem Probanden, die Ausprägung seiner Symptome anhand der Ratingskala zu quantifizieren. Sie ist unidimensional und korreliert mit anderen Testverfahren. Durch ihre Übersichtlichkeit ist sie

anwenderfreundlich und zeitökonomisch. Der Global Severity Index (GSI) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung.

Der GSI-9 weist im Vergleich zum GSI-90 eine hohe Korrelation, sowie zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften auf, und ist somit für unsere Studie ein geeignetes Messinstrument {Prinz 2008}.

Um den Fragebogen zu komplettieren, fügten wir noch Fragen zur Periduralanästhesie und einer Fruchtwasseruntersuchung bzw. Chorionzottenbiopsie hinzu. Ferner wurde in Erfahrung gebracht, ob die werdenden Eltern bereits das Geschlecht des Kindes wissen oder gerne wissen würden und ob die Schwangerschaft geplant bzw. ungeplant gewesen sei.

Der Fragetyp war meist eine Likert-Skala mit fünf Abstufungen. Diese reichten, mit kleinen Abwandlungen, von „stimmt gar nicht“ in drei Schritten bis „stimmt völlig“. Durch die Skalierung konnte eine gute statistische Auswertbarkeit gewährleistet werden.

2.2.2 Teil 2- nach der Geburt

Alle Teilnehmerinnen sollten ein bis drei Tage postpartal zu ihrer Zufriedenheit, ihrem Geburtserleben und nach der Erfüllung ihrer Erwartungen befragt werden. Dieser dreiseitige Fragebogen besteht aus 14 selbst entwickelten Fragen, sowie der Salmon's Item List zur Erfassung des Geburtserlebens.

Jedem Item des präpartalen Fragebogens ist ein Pendant auf dem postpartalen Abschnitt zugeordnet. Ausgenommen davon sind natürlich die SCL-K-9, die Fragen zur Lebensgeschichte und zu den Maßnahmen wie PDA und Fruchtwasseruntersuchung, sowie zum Geschlecht des Kindes.

Durch einen prospektiven Studienaufbau kann das prä- und postpartale Daten- und Fragenmaterial gut die Anforderungen der Studie abbilden.

Desweiteren sollen Anhaltspunkte gefunden werden, wie man in Zukunft noch besser den Anforderungen der Schwangeren (an ein positives Geburtserleben) gerecht werden und somit die geburtshilfliche Betreuung optimieren könnte.

Mit der Salmon's Item List (SIL) zur Erfassung des Geburtserlebens wurde ein bewährtes Instrument zu den frei entwickelten Fragen hinzugefügt. 1990 von Salmon und Drew vorgestellt {Salmon 1990, Salmon 1992}, kann mit der 20 Items umfassenden Liste das Geburtserleben mehrdimensional registriert werden. Die Frauen sollen auf einer Ratingskala mit sieben Abstufungen, den jeweiligen Punkt markieren, der am ehesten beschreibt, wie sie sich unter der Geburt und in der ersten Stunde danach fühlten. Falls sie einige Fragen zu verschiedenen Zeitpunkten während dieser Phase unterschiedlich beantworten wollen, sollen sie einen Mittelwert bilden und diesen entsprechend eintragen. Die Beantwortung sollte spontan erfolgen und nicht länger als fünf Minuten in Anspruch nehmen.

Die Liste besteht aus 20 antagonistischen Erlebnisinhalten. Zwischen diesen Antipoden kann in sieben Stufen der zutreffendste Punkt markiert werden. Da die Frauen bereits mit dem System einer Ratingskala, wenn auch fünfstufig, vertraut sind, sollte dies kein Problem darstellen.

Es wurde die deutschsprachige Version der SIL, die 2001 von Stadlmayr et. al präsentiert wurde verwendet {Stadlmayr 2001}. Die einzelnen Items der Liste wurden von Stadlmayr ins Deutsche übersetzt und es wurde eine eigene Dimensionsstruktur präsentiert. Sie beinhaltet einerseits zwei Dimensionen des intrapartalen Erlebens, andererseits zwei Dimensionen der postpartalen emotionalen Bewertung. Als Dimensionen des intrapartalen Erlebens gelten „Erfülltheit“ und „emotionale Adaptation“, für das postpartale Erleben „negatives emotionales Erleben“ sowie „Schmerz und Erschöpfung“. Das Instrument ist auf seine Validität und Reliabilität überprüft und somit in der Lage „gutes oder schlechtes Geburtserleben“ am 2.-4. Tag postpartal zu erfassen. Bei einem hohen alpha-Wert von 0.88 konnte die gute innere Konsistenz gezeigt werden {Stadlmayr 2006}.

Um unseren Fragebogen möglichst kompakt zu halten, entschieden wir uns die deutschsprachige Version der SIL in ihrer Kurzfassung einzusetzen. Diese besteht aus 12 Items. Die Auswertung erfolgte nach expliziten Vorgaben von Stadlmayr 2006 und ließ sich durch die übersichtliche und klare Skalierung gut mit dem Statistikprogramm SPSS durchführen. Der höchste Wert, der erreicht

werden kann, beträgt 72 und entspricht somit einem sehr guten Geburtserleben, Von einem schlechten gesamten Geburtserleben ist auszugehen, wenn die errechnete Punktzahl weniger als 42 beträgt.

208 Frauen füllten den Bogen komplett aus (39,8% aller Studienteilnehmerinnen) und konnten somit in die Untersuchung aufgenommen werden.

2.3 Studientyp und Durchführung der Studie

Der Studientyp ist eine prospektive Longitudinalstudie.

Der erste Fragebogen wurde vom 5. November 2011 bis 11. Mai 2012 bei der Erstvorstellung der Schwangeren in der Schwangerenambulanz ausgegeben. Die Teilnehmerinnen füllten neben dem Fragebogen eine Einverständniserklärung aus. Dann wurde der Bogen bei der Hebamme oder dem betreuenden Arzt abgegeben und sicher verwahrt.

Auf der Wochenstation wurde der Fragebogen an diejenigen Frauen, die schon den ersten Teil ausgefüllt hatten, ausgehändigt. Dies geschah zwischen dem 5. Dezember 2011 und dem 12. Juli 2012.

Die Aufgabe des Studienteams war es, den ersten und den zweiten Fragenteil jeder Schwangeren zusammenzufügen und in die oben erwähnten drei Gruppen einzuteilen (A-C). Neben dem Buchstaben für die Gruppenzuteilung bekamen die Bögen eine fortlaufende Nummerierung um die Datensätze später unter Pseudonymisierung nicht zu verwechseln. Die Ethikkommission sprach der Studie ihre ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit aus.

2.4 Statistische Auswertung

Sowohl der prä- als auch der postpartale Fragetyp ist eine hauptsächlich fünfstufige Likert-Skala, so können die entsprechenden Items EDV-gestützt verschlüsselt und ausgewertet werden. Bewusst wurde, bis auf wenige

Ausnahmen, auf freie Antwortmöglichkeiten verzichtet, um die Datenanalyse zu erleichtern und zu validieren. Ausschließlich bei den Fragen zur PDA und zur Fruchtwasseruntersuchung kann, innerhalb der vorgegeben Antwortmöglichkeiten, eigenhändig der Grund für oder gegen die Durchführung der Maßnahme angegeben werden. Die Antworten wurden dann vorgefertigten Kategorien zugeordnet und konnten so in die statistische Auswertung integriert werden.

Desweiteren wurden folgende Angaben zu den Studienteilnehmerinnen dem klinikinternen EDV-System entnommen:

Alter der Schwangeren

Familienstand

Para

Gravida

BMI vor der Schwangerschaft

Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen

Schwangerschaftsrisiken

Risikoschwangerschaft laut Mutterpass

Schwangerschaftswoche bei Entbindung

Weite des Muttermundes bei Klinikaufnahme

Wehenstatus bei Klinikaufnahme

Blasensprung bei Klinikaufnahme

Geburtseinleitung

Wehenmittel

Analgetika

Anästhesie

Anzahl der Mikroblutuntersuchungen

Entbindungsposition

Geburtsdauer

Dauer der Austreibungsperiode

Dauer der Pressperiode

Dauer vom Blasensprung bis zur Geburt

Geburtsverletzungen
Episiotomie
Kindslage
Gewicht des Kindes
Länge des Kindes
Kopfumfang des Kindes
APGAR des Kindes
pH-Wert in der Nabelschnurarterie
Base Excess in der Nabelschnurarterie

Alle Daten wurden in EXCEL eingegeben und mit SPSS Version 19 statistisch ausgewertet. Die Analyse erfolgte hauptsächlich mit deskriptiven Elementen, wie Häufigkeitsberechnungen, Kreuztabellen und nicht-parametrischen Tests. Zur Signifikanzberechnung wurden der Wilcoxon-Test (Mann-Whitney-U-Test) bei verbundenen und unabhängigen Stichproben verwendet, sowie der Chi-Quadrat-Test als Unabhängigkeitstest bei Kontingenztafeln. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% festgesetzt. Eine große Hilfe in der Datenverarbeitung stellte auch Frau Vindi Jurinovic vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU München dar.

3. E R G E B N I S S E

Den ersten, präpartalen Fragebogen haben 522 Schwangere beantwortet, der zweite, postpartale Teil wurde von 211 Frauen ausgefüllt. Einige Auswertungen können allein anhand des ersten Bogens gemacht werden, was mit (I) markiert werden soll. Werden beide Fragekataloge berücksichtigt, steht (II). Neben diesen Antworten liegen von allen Studienteilnehmerinnen die klinikinternen geburtshilflichen Daten vor und werden in die Auswertung mit einbezogen.

3.1 Vergleich der Studienpopulation mit dem Schwangerenkollektiv der Klinik

Im Folgenden wird unsere Studienpopulation mit dem Schwangerenkollektiv der Frauenklinik verglichen. Dazu wurden aus dem klinikinternen EDV-System nur die Daten aus dem Zeitabschnitt, der unserem Studienzeitraum entspricht, entnommen.

	Frauenklinik	Studie
Spontangeburt	57,7%	62,9%
Kaiserschnitte	24,3%	18,6%
Vaginal-operative Entbindungen	16,8%	17,1%

Die Werte lassen erkennen, dass bei unserer Studie die Spontangeburtensrate etwas höher und die Kaiserschnitttrate etwas niedriger als bei der Vergleichsgruppe liegen. Die Häufigkeit an vaginal-operativen Eingriffen ist nahezu gleich.

3.2 Ausgewählte geburtshilfliche Parameter des Studienkollektivs

Mittleres Alter der Studienteilnehmerinnen: 33,95 Jahre

Mittleres Gewicht der Neugeborenen: 3356 Gramm

Mittlere Länge der Neugeborenen: 51,5 cm

Mittlerer Kopfumfang der Neugeborenen: 34,8 cm

Para	Primipara 56,1%	Pluripara 43,7%	Multipara 0,2%
Familienstand	verheiratet 71,5%	ledig 10,3%	keine Angabe 18,2%
Risikoschwangerschaft laut Mutterpass	ja 47,7%	nein 42,1%	keine Angabe 9,8%
Geburtseinleitung	ja 30,4%	nein 69,6%	
Wehenmittel	ja 45%	nein 55%	
Schwangerschaftswoche bei Entbindung	28+0 bis 34+6 0,4%	35+0 bis 37+6 9,7%	38+0 bis 42+6 89,8%

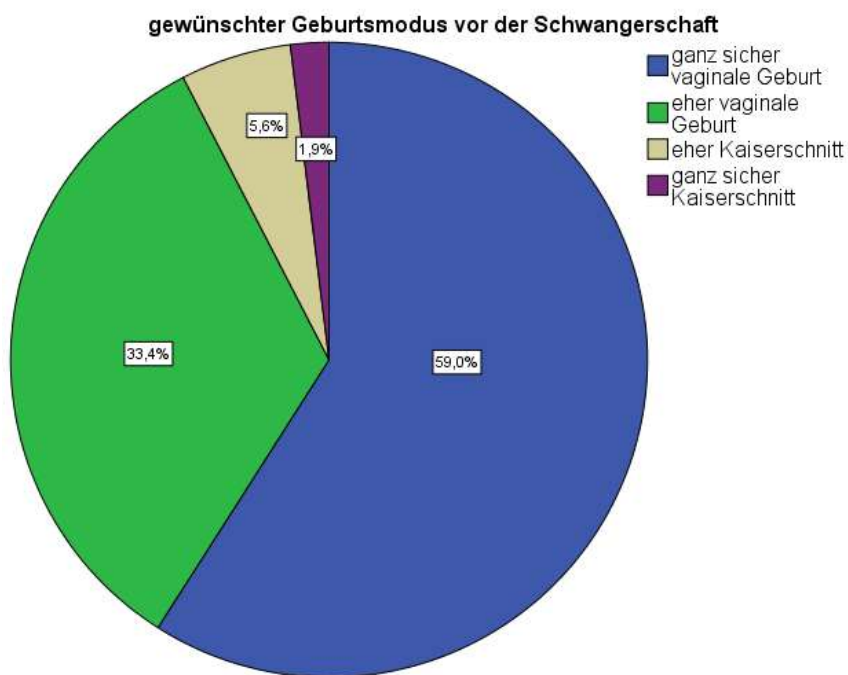
Analgetika	ja 28,3%	nein 71,%	
Anästhesie	PDA 52,4%	Keine 37,8%	SPA 7,7%
Episiotomie	ja 10,9%	nein 63%	keine Angabe 26,1%

Geburtsdauer	<6h 35,2%	6-12h 38,2%	13-24h 24,9%	>24h 1,6%	
Kindslage	vordere HHL 86,3%	hintere HHL 4,9%	Beckenend- lage 3,8%	VHL 1,1%	sonstige 3,9%

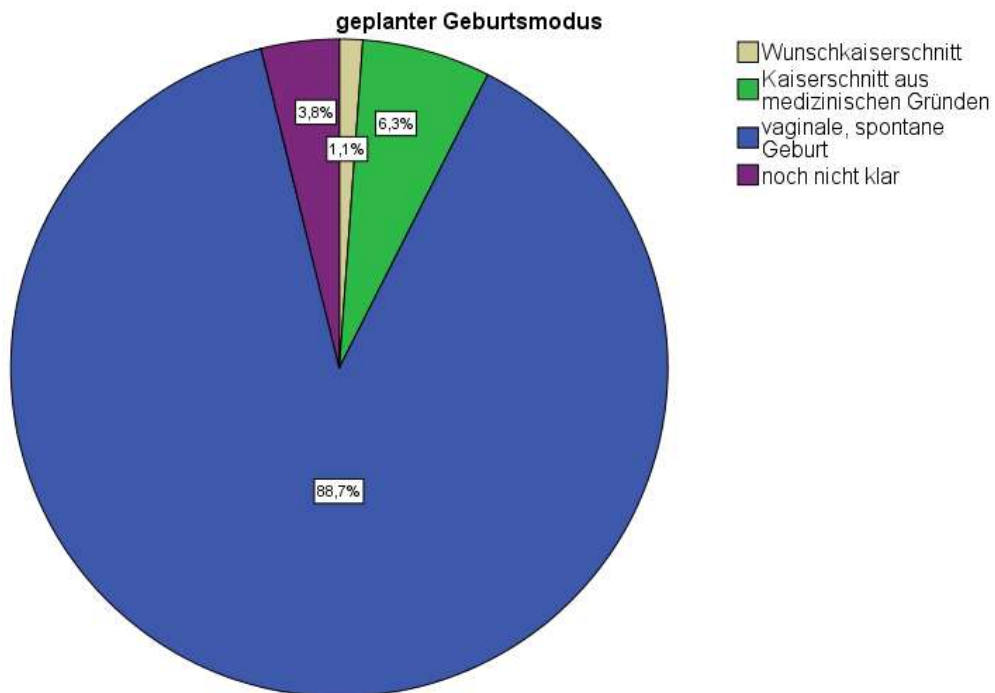
3.3 Ergebnis des ersten Fragebogens

Die Auswertung des ersten, präpartalen Fragebogens (n=522) ergab folgende Resultate:

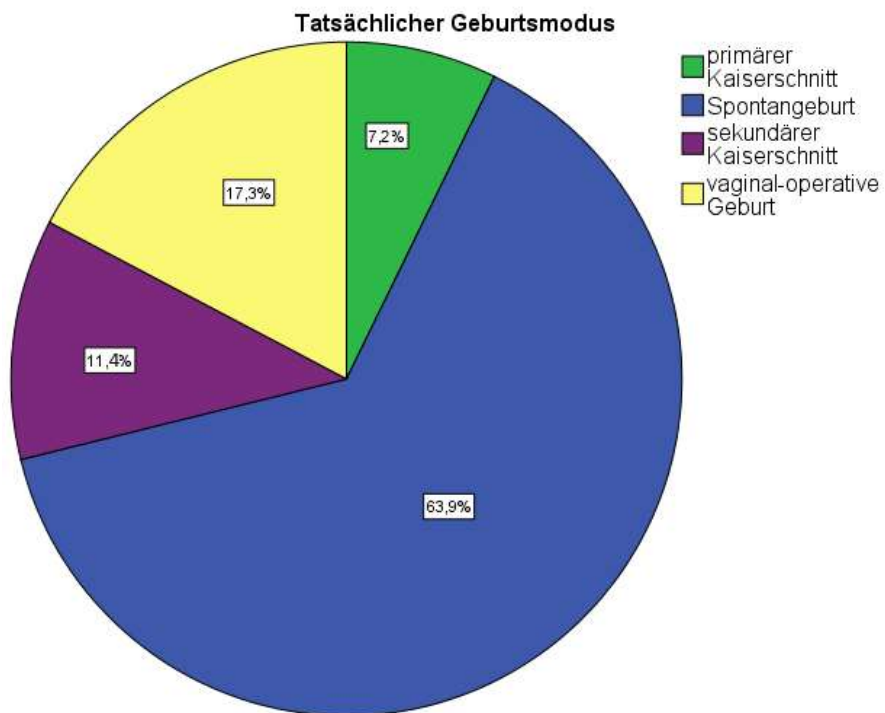
Frage 1) Welchen Geburtsmodus haben Sie sich vor der Schwangerschaft am ehesten gewünscht?



2) Welcher Geburtsmodus ist jetzt für Sie geplant?



Aus dem klinikinternen EDV-System



- 3) „Ich wünsche mir eine möglichst rasche Geburt.“ – „Die Dauer des Geburtsvorgangs spielt für mich keine Rolle.“

	Häufigkeit	Prozent
1 Wunsch nach möglichst rascher Geburt	168	32,2
2	147	28,2
3	136	26,1
4	26	5,0
5 Die Dauer der Geburt spielt keine Rolle	32	6,1
Gesamt	509	97,5

- 4) „Ich wünsche mir größtmögliche Schmerzfreiheit.“ – „Schmerzen gehören zur Geburt und ich nehme sie in Kauf.“

	Häufigkeit	Prozent
1 Wunsch nach größtmöglicher Schmerzfreiheit	103	19,7
2	100	19,2
3	170	32,6
4	89	17,0
5 Schmerzen gehören zur Geburt und ich nehme sie in Kauf	46	8,8
Gesamt	508	97,3

- 5) „Ich denke, die Geburt wird ein tolles Erlebnis für mich.“ – „Ich denke, die Geburt wird eine große Belastung für mich darstellen.“

	Häufigkeit	Prozent
1 Die Geburt wird ein tolles Erlebnis	117	22,4
2	141	27,0
3	174	33,3
4	56	10,7
5 Die Geburt wird eine große Belastung	18	3,4
Gesamt	506	96,9

- 6) „Ich habe Angst vor der Geburt.“ – „Ich habe keine Angst vor der Geburt.“

	Häufigkeit	Prozent
1 Ich habe Angst vor der Geburt	44	8,4
2	106	20,3
3	174	33,3
4	102	19,5
5 Ich habe keine Angst vor der Geburt	80	15,3
Gesamt	506	96,9

- 7) „Ich bin ausreichend aufgeklärt über die verschiedenen Möglichkeiten der Geburt (Spontangeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt) und weiß über Komplikationen Bescheid.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	5	1,0
Das stimmt wenig	25	4,8
Das stimmt teils-teils	113	21,6
Das stimmt ziemlich	265	50,8
Ja, das stimmt völlig	97	18,6
Gesamt	505	96,7

- 8) „Ich möchte in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs miteingebunden sein.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	0	0
Das stimmt wenig	1	0,2
Das stimmt teils-teils	18	3,4
Das stimmt ziemlich	114	21,8
Ja, das stimmt völlig	373	71,5
Gesamt	506	96,9

9) „Die Gesundheit meines Kindes hat für mich oberste Priorität.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	0	0
Das stimmt wenig	0	0
Das stimmt teils-teils	2	0,4
Das stimmt ziemlich	35	6,7
Ja, das stimmt völlig	474	90,8
Gesamt	511	97,9

10) „Meine Gesundheit, v.a. die Vermeidung von Geburtsverletzungen, ist sehr wichtig für mich.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	2	0,4
Das stimmt wenig	13	2,5
Das stimmt teils-teils	92	17,6
Das stimmt ziemlich	176	33,7
Ja, das stimmt völlig	229	43,9
Gesamt	512	98,1

- 11) „Ich möchte, dass während des Geburtsvorgangs weitgehend auf
Medikamente (ausgeschlossen PDA) und medizinische Eingriffe verzichtet
wird.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, stimmt gar nicht	53	10,2
Das stimmt wenig	66	12,6
Das stimmt teils-teils	154	29,5
Das stimmt ziemlich	135	25,9
Ja, das stimmt völlig	99	19,0
Gesamt	507	97,1

- 12) Möchten Sie zur Geburt eine PDA (Periduralanästhesie =
Rückenmarksnarkose)?

	Häufigkeit	Prozent
Ja, ganz sicher, weil...	72	13,8
Eher ja, weil...	199	38,1
Eher nein, weil...	197	37,7
Nein, auf keinen fall, weil...	32	6,1
Gesamt	500	95,8

Fortsetzung Frage 12)

	Häufigkeit	Prozente
Angst vor NW und Komplikationen der PDA	47	12,0
Abhängig von Dauer und Schmerzintensität/ falls notwendig	96	24,5
Das Geburtserlebnis soll nicht beeinträchtigt werden/ Wunsch nach natürlicher Geburt/ Schmerzen gehören dazu	48	12,2
Zur Schmerzreduktion/ Entspannung	105	26,8
Vorherige Geburt war auch ohne PDA	18	4,6
Vorherige Geburt war auch mit PDA/ habe gute Erfahrungen mit PDA gemacht	34	8,7
Habe schlechte Erfahrung mit PDA gemacht	9	2,3
Will es aus eigener Kraft schaffen	14	3,6
PDA schränkt die Mitarbeit ein/ wirkt sich negativ auf das Pressen aus	16	4,1
Will PDA, vielleicht wird ja Sectio notwendig	5	1,3
Gesamt	392	75,1

13) „Ich wünsche mir eine berechenbare und kontrollierte Geburt.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	14	2,7
Das stimmt wenig	66	12,6
Das stimmt teils-teils	156	29,9
Das stimmt ziemlich	170	32,6
Ja, das stimmt völlig	97	18,6
Gesamt	503	96,4

14) „Mir ist es wichtig, ein erfülltes Geburtserleben zu haben.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	8	1,5
Das stimmt wenig	47	9,0
Das stimmt teils-teils	133	25,5
Das stimmt ziemlich	203	38,9
Ja, das stimmt völlig	112	21,5
Gesamt	503	96,4

15) „Selbstbestimmung und Individualität sind bei meiner Geburt sehr wichtig für mich.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	2	0,4
Das stimmt wenig	30	5,7
Das stimmt teils-teils	162	31,0
Das stimmt ziemlich	190	36,4
Ja, das stimmt völlig	118	22,6
Gesamt	502	96,2

16) „Mir ist es wichtig, mein Kind möglichst früh in den Armen halten zu können.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	3	0,6
Das stimmt wenig	10	1,9
Das stimmt teils-teils	39	7,5
Das stimmt ziemlich	116	22,2
Ja, das stimmt völlig	343	65,7
Gesamt	511	97,9

17) „Mir ist es wichtig, dass mein Partner bei der Geburt dabei sein kann.“

	Häufigkeit	Prozent
Nein, das stimmt gar nicht	11	2,1
Das stimmt wenig	4	0,8
Das stimmt teils-teils	28	5,4
Das stimmt ziemlich	82	15,7
Ja, das stimmt völlig	387	74,1
Gesamt	512	98,1

18) War diese Schwangerschaft geplant?

	Häufigkeit	Prozent
Nein, gar nicht	37	7,1
Wenig	10	1,9
Teils-teils	52	10,0
Ziemlich	86	16,5
Ja, völlig	328	62,8
Gesamt	513	98,3

19) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter beschreiben?

	Häufigkeit	Prozent
Sehr distanziert	11	2,1
Ziemlich distanziert	21	4,0
Teils-teils	88	16,9
Ziemlich eng	196	37,5
Sehr eng	189	36,2
Gesamt	505	96,7

20) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Vater beschreiben?

	Häufigkeit	Prozent
Sehr distanziert	24	4,6
Ziemlich distanziert	31	5,9
Teils-teils	136	26,1
Ziemlich eng	194	37,2
Sehr eng	115	22,0
Gesamt	500	95,8

21) Mussten Sie jemals in Ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalt erleiden?

	Häufigkeit	Prozent
Nein	452	86,6
Ja	18	3,4
Keine Angabe	41	7,9
Gesamt	511	97,9

22) Haben Sie eine Fruchtwasseruntersuchung/ Chorionzottenbiopsie durchführen lassen?

	Häufigkeit	Prozent
Nein, es lag kein Grund vor	423	81,0
Nein, obwohl es mir empfohlen wurde. Grund:...	28	5,4
Ja, weil ich es wollte. Grund:...	25	4,8
Ja, weil es mir empfohlen wurde. Grund:...	31	5,9
Gesamt	507	97,1

Fortsetzung Frage 22)

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Altersgründe	27	49,1
Erhöhte Nackentransparenz/ Abgänge in Vorgeschichte	19	34,5
Empfohlen wegen Alter aber nicht gemacht	3	5,5
Will Kind auf jeden Fall	4	7,3
Zur Gewissheit, dass alles in Ordnung ist	2	3,6
Gesamt	55	100,0

23) Wissen Sie bereits das Geschlecht Ihres Kindes?

	Häufigkeit	Prozent
Es ist ein Mädchen	234	44,8
Es ist ein Junge	238	45,6
Ich wollte das Geschlecht erfahren, aber man konnte es nicht sehen	8	1,5
Ich wollte das Geschlecht <u>nicht</u> erfahren, ich denke aber, es wird ein Mädchen	9	1,7
Ich wollte das Geschlecht <u>nicht</u> erfahren, ich denke aber, es wird ein Junge	7	1,3
Ich wollte das Geschlecht <u>nicht</u> erfahren	12	2,3
Gesamt	511	97,9

Die Symptomcheckliste-Kurzversion-9

Mit der SCL-K-9 kann der psychische Beschwerdedruck der Schwangeren innerhalb der letzten sieben Tage erfasst werden. In unserer Studie wurde ein mittlerer Global Severity Index (GSI) von 0,8466 (SD 0,57) berechnet, der Median liegt bei 0,6667.

3.4 Ergebnis des zweiten Fragebogens

Der zweite Fragebogen befasst sich mit der postpartalen Zufriedenheit der Studienteilnehmerinnen und ob die präpartal geäußerten Wünsche und Erwartungen umgesetzt werden konnten.

Dieser wurde folgendermaßen ausgewertet:

1) Wie haben Sie ihr Kind geboren?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Vaginale, spontane Geburt	124	58,8
Vaginale, operative Geburt	45	21,3
Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen	8	3,8
Kaiserschnitt, obwohl vaginale Entbindung geplant war	32	15,2
Wunschkaiserschnitt	2	,9
Gesamt	211	100,0

2) Sind Sie mit der erlebten Form der Entbindung zufrieden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	6	2,8
Kaum	3	1,4
Mittelmäßig	25	11,8
Ziemlich	60	28,4
Ja, sehr	117	55,5
Gesamt	211	100,0

3) Fühlten Sie sich für diese Form der Entbindung ausreichend aufgeklärt und informiert?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	1	0,5
Kaum	1	0,5
Mittelmäßig	5	2,4
Ziemlich	72	34,1
Ja, sehr	132	62,6
Gesamt	211	100,0

4) Wurden Sie in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs miteinbezogen?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	3	1,4
Kaum	3	1,4
Mittelmäßig	8	3,8
Ziemlich	51	24,2
Ja, sehr	146	69,2
Gesamt	211	100,0

5) Ist Ihr Kind durch die Geburt beeinträchtigt worden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	145	70,4
Kaum	39	18,9
Ein wenig	17	8,3
Ziemlich	2	1,0
Ja, stark	3	1,5
Gesamt	206	100,0

6) Sind Sie mit Ihrem Körper und Ihrer Gesundheit nach der Geburt zufrieden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	3	1,4
Kaum	5	2,4
Mittelmäßig	29	13,8
Ziemlich	83	39,5
Ja, sehr	90	42,9
Gesamt	210	100,0

7) Sind Sie mit dem Einsatz der bei Ihnen angewandten Medikamente und technischen Geräte während der Geburt zufrieden?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	0	0
Kaum	2	1,0
Mittelmäßig	15	7,2
Ziemlich	67	32,1
Ja, sehr	125	59,8
Gesamt	209	100,0

8) Haben Sie eine kontrollierte und berechenbare Geburt erlebt?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	10	4,9
Kaum	18	8,8
Mittelmäßig	36	17,6
Ziemlich	77	37,6
Ja, sehr	64	31,2
Gesamt	205	100,0

9) Konnten Sie eine selbstbestimmte und individuelle Geburt erleben?

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein gar nicht	8	3,9
Kaum	13	6,3
Mittelmäßig	35	16,9
Ziemlich	75	36,2
Ja, sehr	76	36,7
Gesamt	207	100,0

10) Der erste Kontakt zu meinem Kind fand nach ca. ... min statt.

Diese Zeit würde ich auf einer Skala bewerten als...

	Häufigkeit	Gültige Prozente
1 sehr lange nach der Geburt	3	1,4
2	4	1,9
3	18	8,7
4	29	14,0
5 unmittelbar nach der Geburt	153	73,9
Gesamt	207	100,0

Fortsetzung Frage 10) Erster Kontakt zum Kind in Minuten:

	Häufigkeit	Gültige Prozente
<1	50	24,5
1	67	32,4
2	19	9,3
3	10	4,9
4	2	1,0
5	21	10,3
8	1	,5
10	16	7,8
15	8	3,9
20	4	2,0
30	3	1,5
60	1	,5
90	1	,5
150	1	,5
Gesamt	204	100,0

Median	Mittelwert	N	Standardabweichung	Minimum	Maximum
1	4,93	204	13,645	<1min	150min

11) „Mein Partner konnte bei der Geburt unseres Kindes dabei sein...“

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Ja	193	91,5
Teilweise	10	4,7
Nein	8	3,8
Gesamt	211	100,0

12) „Meine Geburtsschmerzen würde ich auf einer Skala beurteilen als...“

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Sehr stark	74	35,2
Ziemlich stark	68	32,4
Mittelmäßig	43	20,5
Ziemlich schwach	16	7,6
Sehr schwach	9	4,3
Gesamt	210	100,0

13) „Sind Sie mit der zeitlichen Dauer Ihrer Geburt zufrieden?“

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Nein, gar nicht	16	7,7
Kaum	17	8,2
Mittelmäßig	47	22,6
Ziemlich	51	24,5
Ja, sehr	77	37,0
Gesamt	208	100,0

14) „Würden Sie sich für eine wieder bevorstehende Geburt die gleiche Entbindungsform noch einmal wünschen?“

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Ja	141	67,5
1 Nein, ich wünsche mir am liebsten eine ganz normale Geburt (Spontangeburt)	49	23,4
2 Nein, ich wünsche mir eher eine ganz normale Geburt	5	2,4
3 Nein, aber ich bin noch unentschlossen	8	3,8
4 Nein, ich wünsche mir eher einen Kaiserschnitt	3	1,4
5 Nein, ich wünsche mir am liebsten einen Kaiserschnitt	3	1,4
Gesamt	209	100,0

Die Salmon's Item List

Das Geburtserleben wurde an Hand der Salmon's Item List erfasst.

205 Frauen füllten die Liste komplett aus. Das Gesamterleben wird in den folgenden Tabellen in ihren quantitativen Häufigkeiten dargestellt:

Für das Gesamtgeburtserleben gibt es einen Cut-off von 42. Darüber liegende Werte bezeichnen gutes, darunter liegende ein schlechtes Geburtserleben. Insgesamt können bei der Salmon's Item List in der Kurzversion mit 12 Items 72 Punkte erreicht werden.

SIL-Punktezahl

Mittelwert	N	Standardabweichung	Minimum	Maximum
46,54	205	7,312	20	63

Geburtserleben

	Häufigkeit	Gültige Prozente
„Schlechtes“ Geburtserleben	52	25,4
„Gutes“ Geburtserleben	153	74,6
Gesamt	205	100,0

3.5 weitere Ergebnisse

Im Folgenden werden sowohl spezielle Subgruppen der Studienpopulation, als auch interessante Werte aus Häufigkeitsberechnungen, Kreuztabellen und nicht-parametrischen Tests vorgestellt.

Aspekte der Gruppen A, B und C

Für eine Teilauswertung der Studienergebnisse, wurden die Teilnehmerinnen in die beschriebenen Gruppen A, B und C eingeteilt.

Gruppeneinteilung

	Häufigkeit	Gültige Prozente
A	474	90,8
B	13	2,5
C	35	6,7
Gesamt	522	100,0

Insgesamt wurden bei 6 Studienteilnehmerinnen elektive Sectiones durchgeführt. Zwei davon haben den postpartalen Fragebogen ausgefüllt.

Von den 13 der Gruppe B zugeordneten Frauen, wurden – neben den sechs Wunschkaiserschnitten - vier spontan entbunden, eine außerhalb der Frauenklinik und zwei per sekundärer Sectio.

Im Folgenden werden wichtige Aspekte und Unterschiede der einzelnen Gruppen angeführt:

Studienteilnehmerinnen, die der Gruppe B (Wunschkaiserschnitt) zugeordnet wurden, gaben zu 25% [n=3] an, sie meinten, die Geburt werde eine große Belastung für sie. Frauen der Gruppe A (risikoarmes Normalkollektiv) behaupteten dies zu 3% [n=14] und Frauen der Gruppe C (primäre Sectio aus medizinischer Indikation) zu 3,2% [n=1] ($\alpha=0,002$, $n=506$).

		Geburt ist tolles Erlebnis / große Belastung					Gesamt
		1- Geburt wird tolles Erlebnis	2	3	4	5- Geburt wird große Belastung	
Gruppen-einteilung	Anzahl	103	131	164	51	14	463
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	22,2%	28,3%	35,4%	11,0%	3,0%	100,0%
	Anzahl	3	2	1	3	3	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	25,0%	16,7%	8,3%	25,0%	25,0%	100,0%
	Anzahl	11	8	9	2	1	31
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	35,5%	25,8%	29,0%	6,5%	3,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	117	141	174	56	18	506
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	23,1%	27,9%	34,4%	11,1%	3,6%	100,0%

Ein ähnliches Ergebnis liefert die Frage, ob bei den Frauen Angst vor der Geburt bestehe. Unter den Teilnehmerinnen der Gruppe B lag die Häufigkeit an starken ängstlichen Gefühlen bezüglich der Geburt bei 41,7% [n=5]; in Gruppe A bei 8,2% [n=38] und in Gruppe C bei 3,2% [n=1] ($\alpha=0,004$, $n=506$).

		Angst vor der Geburt					Gesamt
		1-Angst vor der Geburt	2	3	4	5- keine Angst vor der Geburt	
Gruppen-einteilung	Anzahl	38	98	156	97	74	463
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	8,2%	21,2%	33,7%	21,0%	16,0%	100,0%
	Anzahl	5	1	4	2	0	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	41,7%	8,3%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
	Anzahl	1	7	14	3	6	31
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	3,2%	22,6%	45,2%	9,7%	19,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	44	106	174	102	80	506
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	8,7%	20,9%	34,4%	20,2%	15,8%	100,0%

Obwohl die Frauen der Gesundheit ihres Kindes im Durchschnitt zu 92,8% höchste Priorität einräumten, bewertete die Gruppe C die Wichtigkeit der Gesundheit ihrer Kinder mit einer Häufigkeit von 100% [n=34] tendenziell noch etwas höher ($\alpha=0,572$, $n=511$).

		Die Gesundheit meines Kindes hat oberste Priorität für mich.			Gesamt
		stimmt teils- teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig	
Gruppen- einteilung	Anzahl	2	34	429	465
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,4%	7,3%	92,3%	100,0%
	Anzahl	0	1	11	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	8,3%	91,7%	100,0%
	Anzahl	0	0	34	34
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	2	35	474	511
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	0,4%	6,8%	92,8%	100,0%

In Frage I.11 sollten die Schwangeren angeben, ob während des Geburtsvorgangs - wenn möglich - weitgehend auf Medikamente (ausgeschlossen PDA) und medizinische Eingriffe verzichtet werden solle. Frauen der Gruppe A stimmten dieser Aussage zu 21,5% [n=100] gar nicht oder wenig zu; unter Frauen der Gruppe B wurde die Aussage zu 72,7% [n=8] und unter denjenigen der Gruppe C zu 33,4% [n=11] verneint. Das bedeutet, dass Frauen, die einen (Wunsch-)kaiserschnitt präferieren, tendenziell eine technisierte Geburtshilfe mit einem größeren Anteil an Medikamenten und medizinischen Eingriffen in Anspruch nehmen wollen ($\alpha=0,000$, $n=507$).

		Wunsch nach Verzicht auf Medikamente und medizinische Eingriffe					Gesamt
		stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig	
Gruppen- einteilung	Anzahl	41	59	138	132	94	464
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	8,8%	12,7%	29,7%	28,4%	20,3%	100,0%
	Anzahl	6	2	2	1	0	11
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	54,5%	18,2%	18,2%	9,1%	0,0%	100,0%
	Anzahl	6	5	14	2	5	32
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	18,8%	15,6%	43,8%	6,3%	15,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	53	66	154	135	99	507
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	10,5%	13,0%	30,4%	26,6%	19,5%	100,0%

Desweiteren ist ein Wunsch nach einer berechenbaren und kontrollierten Geburt unter den Frauen der Gruppe B auffallend. 75,0% [n=9] hielten die Berechenbarkeit und Kontrollierbarkeit des Geburtsvorgangs für wichtig oder sehr wichtig. Der mittlere Wert aller Schwangeren belief sich auf 53,1% ($\alpha=0,355$, $n=503$).

		Wunsch nach berechenbarer und kontrollierter Geburt					Gesamt
		stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig	
Gruppen-einteilung	Anzahl	13	64	144	151	85	457
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	2,8%	14,0%	31,5%	33,0%	18,6%	100,0%
	Anzahl	1	0	2	5	4	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	8,3%	0,0%	16,7%	41,7%	33,3%	100,0%
	Anzahl	0	2	10	14	8	34
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	5,9%	29,4%	41,2%	23,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	14	66	156	170	97	503
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	2,8%	13,1%	31,0%	33,8%	19,3%	100,0%

Die Wichtigkeit eines erfüllten Geburtserlebens und des ersten Kontaktes zum Kind wurde in zwei weiteren Items erfasst. Der Wunsch nach einem erfüllten Geburtserleben scheint unter Frauen der Gruppe A etwas ausgeprägter als in den beiden anderen Gruppierungen zu sein (64,2% (A) vs. 41,6% (B) vs. 48,5% (C); $\alpha=0,052$, $n=503$).

		Wunsch nach erfülltem Geburtserleben					Gesamt
		stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig	
Gruppen- einteilung	Anzahl	7	44	113	189	105	458
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	1,5%	9,6%	24,7%	41,3%	22,9%	100,0%
	Anzahl	1	2	4	4	1	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	8,3%	16,7%	33,3%	33,3%	8,3%	100,0%
	Anzahl	0	1	16	10	6	33
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	3,0%	48,5%	30,3%	18,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	8	47	133	203	112	503
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	1,6%	9,3%	26,4%	40,4%	22,3%	100,0%

Und ob es für die Schwangere wichtig sei, ihr Kind nach der Geburt möglichst früh in den Armen halten zu können, wurde von der Gruppe B deutlich seltener angegeben. Hier steht eine Rate von 66,6% [n=8] der B-Frauen im Vergleich zu einem Durchschnittswert von 89,8% ($\alpha=0,005$, $n=511$).

		Wunsch, das Kind möglichst früh in den Armen halten zu können					Gesamt
		stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig	
Gruppen-einteilung	Anzahl	2	8	35	103	316	464
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,4%	1,7%	7,5%	22,2%	68,1%	100,0%
	Anzahl	0	2	2	4	4	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	16,7%	16,7%	33,3%	33,3%	100,0%
	Anzahl	1	0	2	9	23	35
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	2,9%	0,0%	5,7%	25,7%	65,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	3	10	39	116	343	511
	% innerhalb von Gruppeneinteilung	0,6%	2,0%	7,6%	22,7%	67,1%	100,0%

Bei den psychosozialen Faktoren, zeigte die Zusammenschau mit Item I.20 folgendes Ergebnis: Frauen der Gruppen A, sowie B und C würden die Beziehung zu ihrem Vater zu Anteilen von 23,9% [n=109], 8,3% [n=1] und 16,1% [n=5] als sehr eng bezeichnen. Spiegelbildlich dazu, wird die Beziehung zum Vater von 4,6% [n=21] der Gruppe-A-Frauen, bzw. 16,7% [n=2] der Gruppe-B-Frauen und 3,2% [n=1] der Gruppe-C-Frauen als sehr distanziert angeführt ($\alpha=0,233$, $n=500$).

		Beziehung zur Mutter					Gesamt
		sehr distanziert	ziemlich distanziert	teils-teils	ziemlich eng	sehr eng	
Gruppeneinteilung	Anzahl	11	19	79	179	171	459
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	2,4%	4,1%	17,2%	39,0%	37,3%	100,0%
	Anzahl	0	1	2	4	5	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	8,3%	16,7%	33,3%	41,7%	100,0%
	Anzahl	0	1	7	13	13	34
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	2,9%	20,6%	38,2%	38,2%	100,0%
Gesamt		11	21	88	196	189	505
		2,2%	4,2%	17,4%	38,8%	37,4%	100,0%

		Beziehung zum Vater					Gesamt
		sehr distan- ziert	ziemlich distan- ziert	teils-teils	ziemlich eng	sehr eng	
Gruppen- einteilung	Anzahl	21	31	120	176	109	457
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	4,6%	6,8%	26,3%	38,5%	23,9%	100,0%
	Anzahl	2	0	4	5	1	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	16,7%	0,0%	33,3%	41,7%	8,3%	100,0%
	Anzahl	1	0	12	13	5	31
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	3,2%	0,0%	38,7%	41,9%	16,1%	100,0%
Gesamt		24	31	136	194	115	500
		4,8%	6,2%	27,2%	38,8%	23,0%	100,0%

In Bezug auf die Untersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge, wurden die Studienteilnehmerinnen zu ihren Erfahrungen bezüglich einer Chorionzottenbiopsie/ Fruchtwasseruntersuchung und der Ultraschalluntersuchung befragt. Bei denjenigen, die einen Kaiserschnitt erwarteten, ganz gleich ob gewünscht oder medizinisch indiziert, wurde tendenziell häufiger eine Chorionzottenbiopsie bzw. eine Amniozentese durchgeführt (10,2% [n=47] bei A, 25,% [n=3] bei B, 17,2% [n=6] bei C; a=0,178, n=507).

		Durchführung einer Chorionzottenbiopsie/ Fruchtwasseruntersuchung				Gesamt
		nein, es lag kein Grund vor	nein, obwohl es mir empfohlen wurde	ja, weil ich es wollte	ja, weil es mir empfohlen wurde	
Gruppen- einteilung	Anzahl	388	25	22	25	460
	A % innerhalb von Gruppeneinteilung	84,3%	5,4%	4,8%	5,4%	100,0%
	Anzahl	9	0	2	1	12
	B % innerhalb von Gruppeneinteilung	75,0%	0,0%	16,7%	8,3%	100,0%
	Anzahl	27	2	1	5	35
	C % innerhalb von Gruppeneinteilung	77,1%	5,7%	2,9%	14,3%	100,0%
Gesamt		424	27	25	31	507
		83,6%	5,3%	4,9%	6,1%	100,0%

Während einer der vorsorgenden Ultraschalluntersuchungen erfahren die meisten Schwangeren – wenn gewünscht - das Geschlecht ihres Kindes. Unter allen, die das Geschlecht erfahren wollten, lag die Verteilung Jungen zu Mädchen bei 47,6% [n=238] zu 46,8% [n=234]. In Gruppe B kam jedoch eine Abweichung des Geschlechterverhältnisses hervor: Frauen, die zu einem Kaiserschnitt auf Wunsch tendierten, trugen zu 63,6% [n=7] einen Jungen und zu 36,4% [n=4] ein Mädchen in sich ($\alpha=0,698$, $n=500$).

Tabelle siehe Anhang 3

Die Studienteilnehmerinnen, die sich anderenorts entbinden ließen

Schwangere, die sich in der Universitätsfrauenklinik der LMU zur Entbindung anmeldeten, aber dort nicht ihr Kind auf die Welt gebracht haben, weisen einige besondere Merkmale auf. Die Gesamtzahl beträgt 47 von 522 und ergibt somit einen Anteil von 9% aller Studienteilnehmerinnen.

11% dieser Gruppe von Frauen gaben an, eher einen Kaiserschnitt als Entbindungsform zu favorisieren. Dies ist eine signifikante Erhöhung bezüglich einer durchschnittlichen Rate von 5,6% bezogen auf alle Teilnehmerinnen. Weitere Charakteristika derjenigen Frauen, die nicht in unserer Klinik entbunden wurden, beziehen sich auf die Themen Selbstbestimmung und Individualität, Geplantheit der Schwangerschaft und Wunsch nach einem erfüllten Geburtserleben. So gaben 35% an, es wäre ihnen lieber, wenn während des Geburtsvorgangs weitgehend auf Medikamente und medizinische Eingriffe verzichtet werden würde. Dies entspricht einer signifikanten Erhöhung gegenüber dem Durchschnittswert von 19,5 %. Desweiteren wurde auch tendenziell häufiger gewünscht, dass auf eine PDA verzichtet werden solle. Bezeichnend ist auch der signifikante Unterschied in Bezug auf die Frage, ob Selbstbestimmung und Individualität während der Geburt wichtig seien. 45% der Frauen, die dann später nicht in unserem Hause entbunden wurden, gaben an, ihnen sei dieser Aspekt sehr wichtig. Im Vergleich dazu, beläuft sich der durchschnittliche Wert auf 23,5%.

In Bezug auf die Geplantheit der Schwangerschaft zeigte sich, dass im Durchschnitt 7,2% der Schwangerschaften ungeplant waren. In der Gruppe der auswärtig entbundenen Frauen waren es 19%.

Zusätzlich auffallend waren die Ergebnisse der Fragestellung, ob ein erfülltes Geburtserleben als wichtig eingestuft werde. Hier gaben signifikant mehr auswärtig entbundene Frauen an, ihnen sei ein erfülltes Geburtserleben sehr wichtig (34% vs. 22,3% im Durchschnitt).

Die Geburtseinleitung

Geburtseinleitende Maßnahmen korrelierten in unsere Studie mit einer signifikant gesteigerten Rate an sekundären Sectiones und Vakuumextraktionen ($\alpha=0,000$). Erfolgte eine Geburtseinleitung, so brachten 50% der Frauen ihr Kind spontan zur Welt, 26% benötigten vaginal-operative Maßnahmen und 21% eine sekundäre Sectio [n=144]. Unter den Schwangeren ohne Einleitung wurden 69% spontan entbunden, 13% vaginal-operativ und 7% per sekundärem Kaiserschnitt [n=330].

		Geburtsmodus					Gesamt
		assis- tierte Entbin- dung	primärer Kaiser- schnitt	Spontan geburt	sekun- därer Kaiser- schnitt	Vakuum extrak- tion	
Geburts- einleitung	Anzahl	1	2	73	31	38	145
	Ja % innerhalb von Geburtseinleitung	0,7%	1,4%	50,3%	21,4%	26,2%	100,0%
	Anzahl	6	32	226	23	43	330
	Nein % innerhalb von Geburtseinleitung	1,8%	9,7%	68,5%	7,0%	13,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	7	34	299	54	81	475
	% innerhalb von Geburtseinleitung	1,5%	7,2%	62,9%	11,4%	17,1%	100,0%

Ebenfalls zeigte die Rate an PDA eine signifikante Erhöhung unter den Patientinnen, bei denen geburtseinleitende Maßnahmen durchgeführt wurden (70% vs. 44%, n=468, a=0,000).

		Anästhesie					Gesamt
		keine	PDA	Spinale	Voll-narkose	PDA+ Voll-narkose	
Geburts-einleitung	Anzahl	33	102	5	3	2	145
	Ja % innerhalb von Geburtseinleitung	22,8%	70,3%	3,4%	2,1%	1,4%	100,0%
	Anzahl	144	143	31	3	2	323
	Nein % innerhalb von Geburtseinleitung	44,6%	44,3%	9,6%	0,9%	0,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	177	245	36	6	4	468
	% innerhalb von Geburtseinleitung	37,8%	52,4%	7,7%	1,3%	0,9%	100,0%

Auch wenn sich der allgemeine Zufriedenheitswert unter den eingeleiteten Frauen niedriger darstellt, so sind diese doch speziell mit dem Einsatz der bei ihnen angewandten Medikamente und technischen Geräte etwas zufriedener, als die Frauen ohne Geburtseinleitung (64% sehr zufrieden vs. 58% sehr zufrieden, n=209). Daneben findet man in der Gruppe mit Geburtseinleitung ein wenig höhere Werte in der Zufriedenheit mit dem Einbezug in Entscheidungsprozesse peripartal (74% sehr zufrieden vs. 67% sehr zufrieden, n=211).

Weiterhin auffällig sind die höheren BMI-Werte unter den eingeleiteten Frauen. In dieser Gruppe haben 22,5% einen BMI größer als 25 bzw. 9,8% größer als 30. In der Vergleichsgruppe liegen die Werte bei 13,5% und 3,1%.

Die Prävalenz für Adipositas (BMI > 30) liegt in unserem Studienkollektiv bei 5,2%.

		BMI						Gesamt
		<18,5	18,5-25,0	25,1-30,0	30,1-35,0	35,1-40,0	>40	
Geburts- einleitung	Anzahl	3	107	18	11	2	1	142
	Ja % innerhalb von Geburtseinleitung	2,1%	75,4%	12,7%	7,7%	1,4%	0,7%	100,0%
	Anzahl	15	260	33	8	1	1	318
	Nein % innerhalb von Geburtseinleitung	4,7%	81,8%	10,4%	2,5%	0,3%	0,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	18	367	51	19	3	2	460
	% innerhalb von Geburtseinleitung	3,9%	79,8%	11,1%	4,1%	0,7%	0,4%	100,0%

Mit steigendem BMI werden auch tendenziell öfter sekundäre Sectiones durchgeführt.

			Geburtsmodus					Gesamt
			assis- tierte Entbin- dung	primärer Kaiser- schnitt	Spontan- geburt	sekun- därer Kaiser- schnitt	Vakuum- extrak- tion	
BMI	Anzahl		1	2	13	1	1	18
	<18,5	% innerhalb von BMI	5,6%	11,1%	72,2%	5,6%	5,6%	100,0%
	Anzahl		4	26	234	40	63	367
	18,5-25,0	% innerhalb von BMI	1,1%	7,1%	63,8%	10,9%	17,2%	100,0%
	Anzahl		2	4	28	8	9	51
	25,1-30,0	% innerhalb von BMI	3,9%	7,8%	54,9%	15,7%	17,6%	100,0%
	Anzahl		0	2	9	3	5	19
	30,1-35,0	% innerhalb von BMI	0,0%	10,5%	47,4%	15,8%	26,3%	100,0%
	Anzahl		0	0	2	0	1	3
	35,1-40,0	% innerhalb von BMI	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
	Anzahl		0	0	1	1	0	2
	>40	% innerhalb von BMI	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Anzahl		7	34	287	53	79	460
	Gesamt	% innerhalb von BMI	1,5%	7,4%	62,4%	11,5%	17,2%	100,0%

Die Anästhesie unter der Geburt

Die Erstellung einer Kreuztabelle an Hand des Items Anästhesie während des Geburtsvorgangs und dem Geburtsmodus bringt folgende Ergebnisse:

Wurde keine Anästhesie (ausgenommen Schmerzmittel) angewandt [n=177], so konnten 89,3% [n=158] der Frauen spontan gebären; 7,9% [n=14] benötigten vaginal-operative Maßnahmen. Unter den Studienteilnehmerinnen mit PDA [n=245], konnte in 54,3% [n=133] der Fälle das Kind spontan geboren werden und in 26,9% [n=66] vaginal-operativ. Dies bedeutet einen signifikanten Unterschied (n=468, a=0,000).

			Geburtsmodus					Gesamt
			assis- tierte Entbin- dung	primäre Sectio	Spontan geburt	Sekun- däre Sectio	Vakuum extrak- tion	
Anästhesie	Keine	Anzahl	3	0	158	2	14	177
		% innerhalb von Anästhesie	1,7%	0,0%	89,3%	1,1%	7,9%	100,0%
	PDA	Anzahl	4	4	133	38	66	245
		% innerhalb von Anästhesie	1,6%	1,6%	54,3%	15,5%	26,9%	100,0%
	Spinale	Anzahl	0	29	1	6	0	36
		% innerhalb von Anästhesie	0,0%	80,6%	2,8%	16,7%	0,0%	100,0%
	Vollnarkose	Anzahl	0	1	1	3	1	6
		% innerhalb von Anästhesie	0,0%	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	100,0%
	PDA+ Vollnarkose	Anzahl	0	0	1	3	0	4
		% innerhalb von Anästhesie	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	7	34	294	52	81	468
		% innerhalb von Anästhesie	1,5%	7,3%	62,8%	11,1%	17,3%	100,0%

Gewünschter und tatsächlicher Geburtsmodus

Zusätzlich zum Anästhesieverfahren, analysierten wir auch die Geburtsmodi in Abhängigkeit von präpartalen Vorstellungen der Schwangeren. Unsere Daten legen folgende Zusammenhänge nahe: je weniger eine normale Geburt gewünscht war, umso häufiger erfolgten schließlich sekundäre Sectiones und Vakuumextraktionen. Frauen, die sich „ganz sicher“ eine vaginale Spontangeburt wünschten [n=277], haben auch zu 71,5% [n=198] spontan geboren. 8,3% [n=23] und 15,9% [n=44] benötigten eine sekundäre Sectio bzw. eine Vakuumextraktion. Unter den Schwangeren mit „eher vaginal“ gewünschter Geburt [n=158] hatten 57,0% [n=90] einen Spontanpartus, 13,9% [n=22] eine sekundäre Sectio und 19,6% [n=31] eine Vakuumextraktion. Wenn „eher ein Kaiserschnitt“ als präferierter Geburtsmodus angegeben wurde [n=24], und ein spontaner Geburtsversuch unternommen wurde, ergaben sich 25,0% [n=6] für Spontangeburt, 25,0% [n=6] für sekundäre Sectio und 25,0% [n=6] für Vakuumextraktion (n=468, a=0,000).

gewünschter Geburtsmodus	Geburtsmodus			Gesamt
	Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	Vakuum- extraktion	
ganz sicher vaginale Geburt	198	23	44	277
	71,5%	8,3%	15,9%	100,0%
eher vaginale Geburt	90	22	31	158
	57,0%	13,9%	19,6%	100,0%
eher Kaiserschnitt	6	6	6	24
	25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
ganz sicher Kaiserschnitt	1	3	0	9
	11,1%	33,3%	0,0%	100,0%
Gesamt	295	54	81	468
	63,0%	11,5%	17,3%	100,0%

Die Diskrepanz der Teilsummen mit der Gesamtsumme entspricht der Anzahl der Dropouts.

In Ergänzung zu den präpartal gewünschten und tatsächlich erlebten Geburtsmodi, wurden die Frauen postpartal gefragt, welche Entbindungsmethode sie sich hypothetisch für eine wieder bevorstehende Geburt vorstellen könnten. In unserer Untersuchung erhielt die Spontangeburt signifikant die häufigste Akzeptanz.

Nach Spontangeburt würden 96,7% [n=117] der Studienteilnehmerinnen den gleichen Geburtsmodus wiederwählen. 0% sprächen sich für eine Schnittentbindung aus. Nach primärer Sectio tendierten 50% [n=6] zum gleichen Modus und 41,7% [n=5] zu einer normalen Geburt.

Wurde eine sekundäre Sectio durchgeführt, so präferierten 23,3% [n=7] den gleichen Geburtsweg und 60% [n=18] eine normale Geburt. Frauen mit vaginal-operativ beendeter Entbindung, gaben mit einer Häufigkeit von 55,8% [n=24] an, sie wünschten sich für die Zukunft eine normale Geburt; keine einzige Frau würde einem Kaiserschnitt den Vorzug geben (n=209, $\alpha=0,000$).

Die Geplantheit der Schwangerschaft

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie bezüglich der Schwangerschaftsplanung angeführt. Die Studienteilnehmerinnen konnten in fünf Abstufungen angeben, ob ihre Schwangerschaft zwischen gar nicht und völlig geplant gewesen sei. Frauen, die berichteten, ihre Empfängnis sei wenig oder gar nicht geplant gewesen, befanden zu 50% [n=23], ihnen wäre es sehr wichtig, dass ihr Partner bei der Entbindung dabei sein könnte. War die Schwangerschaft hingegen völlig geplant, so wurde die Wichtigkeit der Partneranwesenheit signifikant höher eingestuft (79% [n=259], n=512, a=0,004).

Nun wird die angewandte Anästhesie in Zusammenschau mit der unterschiedlichen Ausprägung der Schwangerschaftsplanung betrachtet. Bei Frauen mit wenig oder gar nicht gewünschten Schwangerschaften wurde in 67,6% [n=25] eine PDA eingesetzt; bei denjenigen mit vollkommen geplanten Schwangerschaften in 52,5% [n=159] (n=460, a=0,579). Obwohl bei ungeplanten Schwangerschaften während der Geburt häufiger PDA angewendet wurden, konnte kein nennenswerter Anstieg in der Rate an sekundären Sectiones und Vakuumextraktionen beobachtet werden (8,1% sekundäre Kaiserschnitte und 18,9% Vakuumextraktionen; Durchschnittswerte: 11,4% und 17,2%). Ebenso lag die Spontangeburtensrate jeweils bei ca. 62%.

Fertigt man eine Kreuztabelle aus den Items Geplantheit der Schwangerschaft und Lage des Kindes im Uterus zum Zeitpunkt des Geburtsbeginns, so fallen diese Daten auf: In unserer Studie lag die durchschnittliche Rate an Beckenendlagen bei 3,9% [n=18]. Unter den Studienteilnehmerinnen mit wenig- oder ungeplanten Schwangerschaften betrug die Rate 10,8% [n=4] (n=460, a=0,010).

Tabelle siehe Anhang 4

Der erste Kontakt zum Kind

Von allen Frauen, die subjektiv gesehen gleich unmittelbar nach der Geburt ihr Kind in den Armen halten konnten [n=152], waren 88% [n=133] ziemlich oder sehr zufrieden mit ihrer postpartalen Gesundheit und ihrem Körper. Umso länger die empfundene Zeit bis zum ersten Kontakt zu ihrem Kind war, umso schlechter bewerteten die Mütter dann auch ihre physische Gesundheit postpartal. Bei ziemlich schnellem Kindskontakt lagen die Zufriedenheitswerte bei 76% [n=29] und sanken auf 66% [n=18] bei subjektiv mittelmäßig schnellem Erstkontakt (n=206, a=0,004).

Gleichsinnig zu diesen Daten gaben diejenigen Frauen, die den Erstkontakt zu ihrem Kind für sehr schnell befanden [n=153], an, sie seien zu 62,7% [n=96] sehr zufrieden mit der erlebten Form der Entbindung. Mit Zunahme der zeitlichen Dauer bis die Mütter ihr Kind zu sich nehmen konnten, fiel gegenläufig tendenziell die Sympathie mit der erlebten Form der Entbindung. Bei ziemlich schnellem Erstkontakt zum Kind, führten 41,4% [n=12] sehr hohe Zufriedenheitswerte an; 33,3% [n=6] und 14,3 [n=1] stehen bei mittelmäßiger und langer Dauer (n=207, a=0,000).

Die Zufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung

Für die folgenden Ergebnisse wurde das Item „Sind Sie mit der erlebten Form der Entbindung zufrieden?“ (II.2) aus dem zweiten Fragebogen benutzt.

Bei der Datenauswertung stellte sich heraus, dass sowohl eine kontrollierte und berechenbare, als auch eine selbstbestimmte und individuelle Geburt, die Zufriedenheitswerte mit dem erlebten Geburtsmodus signifikant beeinflussen können. Verloren die Frauen unter der Geburt nicht die Kontrolle über die Geschehnisse, sympathisierten 71,9% [n=46] sehr mit ihrer erlebten Form der Entbindung. Umso mehr Kontrollverlust auf der Skala verzeichnet wurde, umso niedriger lag die Geburtszufriedenheit:

Bei 62,3% [n=48] unter ziemlich hoher und bei ca. 30% unter mittelmäßiger oder nicht vorhandener Kontrollierbarkeit [n=19] ($n=205$, $a=0,000$);

In die gleiche Richtung weisend, sind die Ergebnisse zur empfundenen Selbstbestimmung und Individualität während des Geburtsverlaufs. Unter den Frauen mit sehr großer Zufriedenheit mit dem erlebten Geburtsmodus, bezeichneten knapp die Hälfte ihre Geburt als selbstbestimmt und individuell 49,6% [n=57]. Bei ziemlich großer Geburtszufriedenheit haben 25,4% [n=15] eine hohe Selbstbestimmung angemerkt, bei mittelmäßiger Zufriedenheit noch 5,3% [n=4] und bei Unzufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung, gab es keine Frau mehr, die gleichzeitig eine selbstbestimmte und individuelle Geburt erlebt hatte ($n=207$, $a=0,000$).

Auch die angewandte Anästhesiemethode (PDA, Spinalanästhesie, Vollnarkose) und die Geburtsdauer zeigen interessante Schnittpunkte mit der Zufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung. Ziemlich hohe und sehr hohe Zufriedenheit ist bei 95,7% [n=66] der Frauen, bei denen keines der oben genannten Anästhesieverfahren Anwendung fand, heraus gekommen. Unter PDA lag die Rate bei 79,4% [n=93], und unter Spinalanästhesie bei 78,6% [n=11]. Bei $a=0,000$ bedeutet dieses Ergebnis einen signifikanten Unterschied [n=206]

In Anbetracht der Zufriedenheitswerte mit der erlebten Form der Entbindung und der Geburtsdauer, lassen unsere Daten vermuten: je kürzer die Dauer der Geburt, umso zufriedener waren schließlich die Studienteilnehmerinnen. Die Geburtsdauer wurde in diesem Fall nicht von den Frauen subjektiv bewertet, sondern quantitativ aus dem klinikinternen EDV-System entnommen. Betrug die Geburtszeit weniger als sechs Stunden [n=62], so waren 93,5% [n=58] ziemlich oder sehr zufrieden mit ihrem erlebten Geburtsmodus. Bei einer Dauer von sechs bis zwölf Stunden [n=79], lag der Wert bei 82,3% [n=65] und sank auf 78,5% [n=38], wenn die Geburt zwischen 13 und 24 Stunden Zeit brauchte [n=51]. Bei vier Studienteilnehmerinnen lag die Geburtsdauer bei über 24 Stunden. Zwei von ihnen waren gar nicht mit der erlebten Form der Entbindung zufrieden, eine mittelmäßig und eine sehr (n=196, $a=0,000$). Insgesamt

sympathisierten unter allen Studienteilnehmerinnen nur sechs gar nicht mit ihrem durchgemachten Geburtsmodus.

		Zufriedenheit mit erlebter Form der Entbindung					Gesamt
		gar nicht	kaum	mittel- mäßig	ziemlich	sehr	
Geburts- dauer	Anzahl	0	0	4	17	41	62
	<6h % innerhalb von Geburtsdauer	0,0%	0,0%	6,5%	27,4%	66,1%	100,0%
	Anzahl	2	2	10	24	41	79
	6-12h % innerhalb von Geburtsdauer	2,5%	2,5%	12,7%	30,4%	51,9%	100,0%
	Anzahl	2	1	8	14	26	51
	13-24h % innerhalb von Geburtsdauer	3,9%	2,0%	15,7%	27,5%	51,0%	100,0%
	Anzahl	2	0	1	0	1	4
	>24h % innerhalb von Geburtsdauer	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Anzahl	6	3	23	55	109	196
	Gesamt % innerhalb von Geburtsdauer	3,1%	1,5%	11,7%	28,1%	55,6%	100,0%

Im Folgenden wird die Zufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung in Zusammenhang mit den Geburtsmodi betrachtet: Von den oben schon erwähnten sechs Frauen, die gar nicht zufrieden waren, hatten fünf davon einen sekundären Kaiserschnitt. Von allen Frauen mit sekundärer Sectio [n=30] äußerten 16,7% [n=5] große Zufriedenheit mit ihrem Geburtsmodus. Kam als Entbindungsmethode eine Vakuumextraktion zum Einsatz [n=44], führten 43,2% [n=19] große Zufriedenheit an. Unter den Frauen mit primärer Sectio [10 aus medizinischen Gründen, 2 Wunschsectiones] waren es 58,3% [n=7]. Die höchste Zufriedenheit mit der erlebten Entbindung gaben jedoch die Spontangebärenden an: 68,9% [n=84] dieser Gruppe waren sehr zufrieden (n=211, a=0,000).

			Zufriedenheit mit erlebter Form der Entbindung					Gesamt
			gar nicht	kaum	mittel- mäßig	ziem- lich	sehr	
Geburts- modus	Assistierte Entbindung	Anzahl	0	0	0	1	2	3
		% innerhalb von Geburtsmodus	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Primäre Sectio	Anzahl	0	0	2	3	7	12
		% innerhalb von Geburtsmodus	0,0%	0,0%	16,7%	25,0%	58,3%	100,0%
	Spontan- geburt	Anzahl	0	1	3	34	84	122
		% innerhalb von Geburtsmodus	0,0%	0,8%	2,5%	27,9%	68,9%	100,0%
	Sekundäre Sectio	Anzahl	5	2	10	8	5	30
		% innerhalb von Geburtsmodus	16,7%	6,7%	33,3%	26,7%	16,7%	100,0%
	Vakuum- extraktion	Anzahl	1	0	10	14	19	44
		% innerhalb von Geburtsmodus	2,3%	0,0%	22,7%	31,8%	43,2%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	6	3	25	60	117	211
		% innerhalb von Geburtsmodus	2,8%	1,4%	11,8%	28,4%	55,5%	100,0%

In einem Item des postpartalen Fragebogens sollten die Frauen angeben, ob und inwiefern sie fänden, dass ihr Kind durch die Geburt beeinträchtigt worden wäre. Lag entweder gar keine oder kaum eine Beeinträchtigung ihres Kindes vor, bestätigten 86,4% [n=159] der Teilnehmerinnen eine ziemlich hohe oder hohe Sympathie mit dem erlebten Geburtsmodus. Erlitt das Kind in den Augen der Frauen wenige bis starke Geburtsbeeinträchtigungen, lag der Zufriedenheitswert bei 59% [n=13]. Wie oben in der Auswertung des präpartalen Fragenkatalogs dargestellt, hat die Gesundheit ihres Kindes für 97,5% der Schwangeren ziemlich hohe oder sehr hohe Priorität, und lässt bei Nichtvorhandensein die Geburtszufriedenheit tendenziell sinken (n=206, $\alpha=0,000$).

Die Gewalterfahrung

Im präpartalen Fragebogen wurde erfragt, ob die Teilnehmerinnen jemals in ihrem Leben körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren. 3,4% der Teilnehmerinnen gaben Gewalterfahrung an und 7,9% wollten keine Angabe zu diesem Thema machen. Es wurde auffällig, dass die Schwangeren mit Gewalterfahrung signifikant seltener angaben, ihre persönliche Gesundheit sei für sie ein wichtiges Kriterium (55% vs. 81%, $n=509$, $a=0,000$). In die gleiche Richtung weisend sind erhobene Daten, die aufzeigen, dass Schwangere mit vorheriger Gewalterfahrung subjektiv eine höhere Schmerzintensität während der Geburt in Kauf nehmen würden (28% vs. 8%, $n=506$, $a=0,066$).

Doch bekamen Frauen, die Gewalt ausgesetzt sind oder waren, häufiger eine PDA (71% vs. 52%, $n=458$). Dieser Aspekt steht dann auch mit den späteren Geburtsmodi in Zusammenhang. Frauen, die angaben Gewalt erlitten zu haben oder aber hierzu keine Angaben machen wollten, wurden zu 48% spontan und zu 32% vaginal-operativ entbunden. In der Vergleichsgruppe lagen die Raten bei 62% für Spontangeburt und bei 20% für Vakuumextraktionen [$n=204$].

Die Angst vor der Geburt

Im ersten Fragebogen wurde eruiert ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß, die Frauen Angst vor der Geburt verspürten und diese Ergebnisse wurden dann mit anderen Items der prä- und postpartalen Fragenkataloge gekreuzt. Als erstes werden die Geburtsängste mit dem Geschlecht des ungeborenen Kindes, welches die Frauen bei der Ultraschalluntersuchung erfahren hatten, in Zusammenschau gesetzt. Studienteilnehmerinnen, die angaben, sie hätten große Angst vor der Geburt [$n=43$], trugen zu 51,2% [$n=22$] einen männlichen und zu 39,5% [$n=17$] einen weiblichen Feten in sich. Das Wissen um das männliche Geschlecht des Kindes, könnte dem zu Folge für Geburtsängste relevant sein. Und auch umgekehrt betrachtet, können diese Ergebnisse abgebildet werden: Von allen Frauen, die versicherten, sie hätten gar keine Angst vor der Geburt [$n=80$], wussten 40% [$n=32$] von einem männlichen und 50% [$n=40$] von einem weiblichen Feten ($n=503$, $a=0,010$).

Nähert man sich dem Zeitpunkt der Entbindung, so spielen auch hier Geburtsängste eine Rolle. Mit steigender Angst vor der Geburt, sank die Spontangeburtensrate tendenziell. Gleichlaufend zu den Abstufungen auf der Likert-Skala fiel die Frequenz an Spontangeburtens von 75% [n=54], wenn gar keine Geburtsängste angegeben wurden, über 63% [n=157] bei mittleren Ängsten, bis auf 58% [n=58] und 55% [n=22] bei ziemlich großen und großen Ängsten.

Dem gegenüber steht eine steigende Rate an sekundären Sectiones und vaginal-operativen Entbindungen bei vermehrter Angabe von Ängsten. Wurden gar keine Ängste angegeben [n=72], so belief sich die Kaiserschnitttrate auf 5,6% [n=4]. Bei großer Angst vor der Geburt [n=40], lag der Wert bei 17,5% [n=7]. Ähnliches zeigen die Daten für die vaginal-operative Entbindung [n=79]: Ohne Geburtsängste kam dieses Verfahren in 9,7% [n=7] der Fälle zum Einsatz, bei großen [n=9] und ziemlich großen Ängsten [n=23] bei 23% der Frauen (n=460, $\alpha=0,487$). Diese deutliche Erhöhung der Raten an Vakuumextraktionen und Kaiserschnitten bei Geburtsängsten, kann auch durch das Item „gewünschter Geburtsmodus“ erklärt werden. Mit steigenden Ängsten wird eine normale Geburt signifikant seltener gewünscht. Bei Frauen, bei denen der Gedanke an das Geburtserlebnis eher ängstliche Emotionen weckt, wird eine vaginale Geburt mit einer Häufigkeit von 45,5% [n=20] favorisiert. Im Gegensatz dazu präferieren 76,2% [n=62] der Frauen ohne Geburtsängste sicher eine vaginale Entbindung (n=502, $\alpha=0,001$). Die ängstlichen Emotionen korrelieren nicht mit der Parität unserer Studienteilnehmerinnen.

Nun folgt die Betrachtung der subjektiv empfundenen Geburtsschmerzen und des Analgetikabedarfs unter dem Vorzeichen von Geburtsängsten. 203 Studienteilnehmerinnen beantworteten die Frage nach der Stärke der erlebten Geburtsschmerzen. Wurde präpartal eine große Angst vor der Geburt beschrieben [n=19], so bezifferten 73,7% [n=14] dieser Frauen später ihre Geburtsschmerzen als sehr stark. Im Durchschnitt aller Studienteilnehmerinnen wurde in nur 34,5% [n=70] der Fälle der Geburtsschmerz als sehr stark eingeschätzt. Desweiteren nannte keine der Frauen mit großer Angst vor der Geburt ihre Schmerzen schwach oder sehr schwach. Hier liegen die

durchschnittlichen Werte aller Frauen bei 7,9% [n=16] für ziemlich schwache und bei 3,9% [n=8] für schwache Beschwerden (n=203, a=0,045).

			Geburtsschmerzen					Gesamt
			sehr stark	ziemlich stark	mittel-mäßig	ziemlich schwach	sehr schwach	
Abstufungen der Angst vor der Geburt	1- Angst vor der Geburt	Anzahl	14	4	1	0	0	19
		% innerhalb von Angst vor der Geburt	73,7%	21,1%	5,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		Anzahl	22	12	12	2	2	50
	2	% innerhalb von Angst vor der Geburt	44,0%	24,0%	24,0%	4,0%	4,0%	100,0%
		Anzahl	18	22	14	5	3	62
	3	% innerhalb von Angst vor der Geburt	29,0%	35,5%	22,6%	8,1%	4,8%	100,0%
		Anzahl	6	15	9	6	2	38
	4	% innerhalb von Angst vor der Geburt	15,8%	39,5%	23,7%	15,8%	5,3%	100,0%
		Anzahl	10	13	7	3	1	34
	5- keine Angst vor der Geburt	% innerhalb von Angst vor der Geburt	29,4%	38,2%	20,6%	8,8%	2,9%	100,0%
		Anzahl	70	66	43	16	8	203
	Gesamt	% innerhalb von Angst vor der Geburt	34,5%	32,5%	21,2%	7,9%	3,9%	100,0%

Beim Analgetikabedarf wurden nicht die Mengen quantifiziert, sondern nur ob Schmerzmittel während des Geburtsverlaufs verabreicht wurden oder nicht. Die PDA ist hierbei ausgeschlossen. Bezieht man die ganze Studienpopulation ein, so fanden in 24,9% [n=126] der Fälle Analgetika Anwendung. Frauen, die präpartal Geburtsängste anführten [n=44], verzeichneten zu 40,9% [n=18] Analgetikabedarf (n=506, a=0,010). Geburtsängste korrelierten in unserer Studie einerseits mit einer erhöhten Zahl an Interventionen wie sekundären Sectiones und Vakuumextraktionen, andererseits auch mit einem höheren Analgetikabedarf.

Trotzdem muss angeführt werden, dass Frauen, die präpartal ihre Geburtsängste als auf der höchsten Stufe bezeichneten, später in 89,5% [n=19] ein positives Geburtserleben laut der SIL erfuhren. Der Durchschnittswert für alle Teilnehmerinnen liegt bei 74,6% für gutes Geburtserleben (n=197, a=0,483).

Das Geburtserleben

In Zusammenhang mit der Salmon's Item List fallen folgende Ergebnisse auf: Frauen, die ihre Geburtsschmerzen als sehr oder ziemlich stark bezifferten, hatten zu 81% [n=60] bzw. zu 79% [n=50] ein gutes Gesamtgeburtserleben laut Berechnung mit der SIL. Umso niedriger die Schmerzen angegeben werden, umso niedriger ist bei den nachfolgenden Abstufungen der Anteil an positivem Geburtserleben. Bei mittelmäßigen Schmerzen, liegt die Rate noch bei 74% [n=31] und fällt bei ziemlich schwachen und sehr schwachen Schmerzen auf 50% [n=8] bzw. 33% [n=3]. Auch invers lassen sich diese Ergebnisse widerspiegeln. Von allen Frauen, die ein gutes Geburtserleben hatten [n=152], meldeten 39,5% sehr starke, 32,9% ziemlich starke und 20,4% mittelmäßige Schmerzen. Lediglich 7,3% der Teilnehmerinnen mit positivem Geburtserleben hatten ziemlich schwache oder schwache Schmerzen (n=204, a=0,004).

Geburtsschmerzen		Geburtserleben		Gesamt
		schlechtes Geburts- erleben	gutes Geburts- erleben	
sehr stark	Anzahl	14	60	74
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	18,9%	81,1%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	26,9%	39,5%	36,3%
ziemlich stark	Anzahl	13	50	63
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	20,6%	79,4%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	25,0%	32,9%	30,9%
mittelmäßig	Anzahl	11	31	42
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	26,2%	73,8%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	21,2%	20,4%	20,6%
ziemlich schwach	Anzahl	8	8	16
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	50,0%	50,0%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	15,4%	5,3%	7,8%
sehr schwach	Anzahl	6	3	9
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	66,7%	33,3%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	11,5%	2,0%	4,4%
Gesamt	Anzahl	52	152	204
	% innerhalb von Geburtsschmerzen	25,5%	74,5%	100,0%
	% innerhalb von Geburtserleben	100,0%	100,0%	100,0%

Ein ähnliches Ergebnis liefert die Zusammenschau der SIL mit den angewandten Anästhesien während der Geburt (PDA, Spinalanästhesie, Vollnarkose). Wurde kein Anästhesieverfahren (ausgenommen Schmerzmittel) in Anspruch genommen [n=68], so stellte sich bei 84% [n=57] der Frauen ein positives Geburtserleben dar. In der Gruppe der Frauen mit PDA [n=114] betrug der Anteil 71% [n=81], unter denen mit Spinalanästhesie 46% [6 von 13]. Drei Studienteilnehmerinnen bekamen eine Vollnarkose und hatten allesamt ein positives Geburtserleben (n=201, a=0,035).

Als nächstes wird das Geschlecht des (ungeborenen) Kindes in Betracht gezogen. Der Großteil der Schwangeren wollte bei der Ultraschallvorsorgeuntersuchung das Geschlecht ihres Kindes wissen. Frauen, die dann ein Mädchen zur Welt brachten [n=89], zeigten in 75% ein gutes Geburtserleben, mit einem männlichen Neugeborenen [n=98] lag der Wert bei 70%. Erstaunlicherweise hatten 100% der Schwangeren, die das Geschlecht des Kindes bei der präpartalen Ultraschalluntersuchung nicht erfahren wollten [n=10], ein positives Geburtserleben (n=197, a=0,119).

Auch die Dauer der Geburt scheint eine Rolle für das Geburtserleben zu spielen. Geht man von einer normalen Geburtsdauer von 6-12h aus, so ergibt sich für Frauen, die innerhalb dieses Zeitrahmens entbunden wurden [n=78], ein Anteil von 82% mit gutem Geburtserleben. Dauerte die Geburt entweder unter 6 [n=60] oder über 12 Stunden [n=50], so erreichten die Anteile für positives Geburtserleben 73% und 68% (n=191, a=0,101).

Korreliert man den Geburtsmodus mit einem negativen oder positiven Geburtserleben, kommt man zu folgenden Ergebnissen:

79,7% [n=94] der Frauen mit Spontangeburt, 72,7% [n=8] derjenigen mit primärer Sectio, 58,6% [n=17] mit sekundärer Sectio und 70,5% [n=31] mit einer vaginal-operativen Entbindung wiesen ein gutes Gesamtgeburtserlebnis auf.

			SIL		Gesamt
			schlechtes Geburts- erleben	gutes Geburts- erleben	
Geburts- modus	Assistierte Entbindung	Anzahl	0	3	3
		% innerhalb von Geburtsmodus	0,0%	100,0%	100,0%
	Primärer Kaiserschnitt	Anzahl	3	8	11
		% innerhalb von Geburtsmodus	27,3%	72,7%	100,0%
	Spontangeburt	Anzahl	24	94	118
		% innerhalb von Geburtsmodus	20,3%	79,7%	100,0%
	Sekundärer Kaiserschnitt	Anzahl	12	17	29
		% innerhalb von Geburtsmodus	41,4%	58,6%	100,0%
	Vakuum- extraktion	Anzahl	13	31	44
		% innerhalb von Geburtsmodus	29,5%	70,5%	100,0%
Gesamt		Anzahl	52	153	205
		% innerhalb von Geburtsmodus	25,4%	74,6%	100,0%

4. DISKUSSION

4.1 Diskussion des Schwangerenkollektivs und der Methodik

4.1.1 Schwangerenkollektiv

Eingeschlossen wurden alle Frauen, die sich im Rahmen ihrer Vorstellung in der Schwangerenambulanz zur Geburt anmeldeten. Dadurch, dass nicht ausreichende Deutschkenntnisse das einzige Ausschlusskriterium waren, konnte den Hebammen die Vergabe der Bögen erleichtert werden. Es konnten alle erstvorstellenden Schwangeren befragt werden, ohne besondere Selektionskriterien zu beachten. Natürlich aber formte dies ein sehr heterogenes Studienkollektiv und komplizierte die Auswertung und vergleichende Bewertung des Datenmaterials.

Die Gruppenzuordnung der Frauen zu den Studiengruppen A, B und C gestaltete sich vor allem für diejenigen schwierig, welche als medizinische Indikation für einen Kaiserschnitt z.B. eine selbst schon erlebte schwere Geburt, oder übermäßige Angst vor einer vaginalen Geburt angaben. Die Übergänge zwischen indikationsarmem und indiziertem Kaiserschnitt sind fließend und Argumentationsgrundlage sowohl für die Befürworter und als auch für die Kritiker des „Wunschkaiserschnittes“.

Um der causa Wunschkaiserschnitt nachzugehen, wäre es wahrscheinlich einfacher, nur Erstgebärende einzuschließen, wie z.B. in Hellmers. Wie später noch erwähnt, wird nämlich häufig eine vorausgegangene abdominale Entbindung als Wunschgrundlage für einen Kaiserschnitt genannt. Doch dies gilt laut des Statements der DGGG nicht als Wunschkaiserschnitt in seiner engen Definition, da eine zurückliegende Uterotomie ja eine Risikoerhöhung für eine vaginale Entbindung darstellt. Auch eine schon erlebte traumatische Geburt ist ein häufiger Grund für die Anfrage nach einer elektiven Sectio und kann nicht als indikationslos abgeschlagen werden. Für eine

„Wunschkaiserschnittstudie“ sollten also nur Erstgebärende eingeschlossen werden. Zusätzlich wäre es empfehlenswert als Instrument, statt einer reinen Fragebogenstudie, eher das persönliche Gespräch mit den Schwangeren zu suchen und zu probieren sich in die Psyche der Frauen und in die Gründe für solch einen Wunsch einzufühlen. Hierbei wäre jedoch eine valide Auswertung sehr schwierig oder nicht möglich.

Anscheinend zeigen ja Schwangere mit diesem besagten Wunsch ein Abwehrverhalten gegenüber einer Studie, wie diese aufgezoogen wurde. Von den etwa 25 Frauen, die während des Studienzeitraums die Anfrage nach einer primären Sectio äußerten, erklärten sich nur acht bereit an der Untersuchung teilzunehmen. Es ist schwierig, Gründe für diese Abwehr zu vermuten. Vielleicht spielen Gefühle von Scham und Blöße oder persönliche kindheitsgeprägte Strukturen eine Rolle. Auf jeden Fall wäre es sinnvoll, dem nachzugehen. Noch einen Schritt weiter sind Turner et al. gegangen. Sie wollten den kontrovers diskutierten Vor- und Nachteilen eines Kaiserschnitts im Vergleich zu einer vaginalen Geburt nachgehen und dazu eine randomisierte Studie mit den beiden Entbindungsverfahren durchführen. Dazu wurden Schwangere, Hebammen, Geburtshelfer und Gynäkologen, sowie Chirurgen befragt, ob sie hypothetisch an solch einer randomisierten Studie teilnehmen würden. Das Ergebnis jedoch zeigte, dass so ein Studientyp nicht realisierbar wäre, da vor allem die schwangeren Frauen (14%), aber auch die Klinikmitarbeiter (31%) nur in geringer Anzahl teilnehmen würden {Turner 2008}. Mit diesem Studienaufbau könnte man wahrscheinlich die höchste wissenschaftliche Evidenz erreichen, um das Outcome nach Sectio und vaginaler Entbindung zu evaluieren.

4.1.2 Fragebogen Teil 1 – vor der Geburt

Die Ausgabe des ersten Fragebogens an die Schwangeren erfolgte vom 5. November 2011 bis 11. Mai 2012 bei der Erstvorstellung in der Schwangerenambulanz. Die Erstvorstellung findet meist zwischen der 30. und 38. Schwangerschaftswoche statt. Sie dient der Anmeldung zur Geburt und - gegebenenfalls - vorsorgenden Untersuchung der Schwangeren. Die Aushändigung und kurze Vorstellung der Studie durch die Hebamme wurde in deren Arbeitsablauf integriert. Nach Abgabe ihres Einverständnisses füllten die Frauen den Bogen im Wartezimmer aus und gaben ihn an die Hebamme zurück. Von ihr wurden durch das Studienteam annähernd täglich die Materialien zur sicheren Verwahrung abgeholt.

Der Anteil der Frauen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, betrug ca. 1:10. Dies steht für die hervorragende Arbeit der Hebammen und das Interesse der Schwangeren an einer Evaluation mitzuwirken. Der Fragebogenrücklauf in der Schwangerenambulanz lag bei ca. 98% (12 von 541 Bögen wurden nicht zurückgegeben) und kann somit als sehr gut angesehen werden. Weiterhin gaben lediglich sieben Frauen trotz unterschriebener Einverständniserklärung den Fragenkatalog unausgefüllt zurück. Ob dies einem Desinteresse an der Studie nach Durchsicht der Fragen oder eines zeitlichen Mangels geschuldet sei, lässt sich im Nachhinein schwer feststellen.

Die Ausfüllqualität des Fragenkatalogs war durchwegs zufriedenstellend. Lediglich wenige Schwangere hatten Schwierigkeiten, die Frage nach dem jetzt für sie geplanten Geburtsmodus (Frage 2) zu beantworten, da dieser in manchen Fällen erst bei der Anmeldung zur Geburt mit dem Arzt besprochen wurde und der Fragebogen schon während der Wartezeit zu dieser ausgefüllt wurde. Auch die SCL-K-9 wurde so gut wie immer zuverlässig und vollständig ausgefüllt. Mit der SCL-K-9 sollte der psychische Beschwerdedruck der Schwangeren innerhalb der letzten sieben Tage erfasst werden. Die SCL-K-9 ist unidimensional und stellt lediglich ein Screeninginstrument dar. Die vorliegenden Daten wurden ausgewertet und mit der mit denen der Repräsentativerhebung von 1998 verglichen. In der Repräsentativerhebung

wurden die mittleren Werte des Global Severity Index (GSI), also des psychischen Beschwerdedrucks, altersabhängig angegeben. Die Gruppe der Frauen zwischen 14 und 45 Jahren kongruiert am ehesten mit unserer Studienpopulation. Damals betrug der Durchschnittswert des Global Severity Index für Frauen zwischen 14 und 45 Jahren 0,43 (SD 0,52) und der Wert aller Frauen 0,47 (SD 0,54) {Klaghofer, Brähler 2001}.

Franke nannte 1995 in ihrer Arbeit {Franke 1995} einen durchschnittlichen GSI von 1,21 bei psychologisch auffälligen Patienten, bzw. einen durchschnittlichen GSI von 0,33 bei psychisch Gesunden. In unserer Studie wurde ein mittlerer GSI von 0,8466 (SD 0,57) berechnet. Der Wert liegt ziemlich genau „zwischen“ psychisch gesund und psychisch krank. Nach Gloger-Tippelt gibt es mehrere Phasen der Schwangerschaft {Schwarz, 2011 zit. nach Gloger-Tippelt 1988}. Zum Zeitpunkt der Vergabe des ersten Fragebogens befindet sich hiernach das Gros der Schwangeren in der Phase der Antizipation und Vorbereitung auf die Geburt. In dieser Phase komme es zu zunehmender Angst und einer zunehmend negativen Sichtweise der Schwangerschaft. Dies und die häufig enorme Lebensumstellung, die die ganze Schwangerschaft mit sich bringt {Schwarz, 2011}, können als Erklärungsmöglichkeiten angeführt werden.

Außerdem wurde bei der Eingabe der Daten auffällig, dass sehr viele Frauen angaben, in der letzten Woche ein Schweregefühl in den Armen oder Beinen verspürt zu haben. Es sollte kritisch betrachtet werden, ob das nicht mehr eine Zustandsbeschreibung der Schwangerschaft, als eine psychologische Komponente ist. Deswegen könnte es sein, dass die Endergebnisse der SCL-K 9 um ein paar Punkte zu hoch bestimmt wurden.

4.1.3 Fragebogen Teil 2 – nach der Geburt

Postpartal sollte der Fragebogen an diejenigen Frauen, die schon den ersten Teil ausgefüllt hatten, ausgehändigt werden. Dies geschah während des Aufenthalts auf der Wochenstation. Von 475 potentiellen Bögen, konnten 211 eingesammelt werden (44,4%). Die Diskrepanz zwischen prä- und postpartalem Rücklauf beruht zum Beispiel darauf, dass sich 47 Frauen (9%), trotz Anmeldung zur Geburt in der Frauenklinik der LMU in der Maistraße, in einer anderen Klinik entbinden ließen.

Der Zeitraum, in dem Studienteilnehmerinnen entbunden wurden, lag zwischen dem 5. Dezember 2011 und dem 12. Juli 2012. Die Latenz von der Ausgabe des letzten Fragebogens am 11. Mai bis zur letzten Geburt, ist durch die frühzeitige Vorstellung in der Schwangerenambulanz (30.-38.SSW) zu erklären. Mit der Salmon's Item List in ihrer deutschen Version wurde ein recht einfach anzuwendendes Instrument zur Erfassung des Geburtserlebens benutzt. Die Frauen hatten keine Probleme beim Ausfüllen dieser Symptomliste. Die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse konnte unter der Hilfe des Autors Werner Stadlmayr erfolgen. In dieser Arbeit wurde die Kurzversion der Salmon's Item List verwendet. Deshalb wurden neben dem Gesamtgeburtserleben die Subskalen der vier Erlebnisdimensionen nicht ausgewertet.

Die Anwendung des zweiten Fragebogens geschah wenige Tage postpartal. Zum einen forderte die SIL, das Wochenbett als zweiten Zeitpunkt der Befragung zu wählen, zum anderen konnte man davon ausgehen, dass in dieser sensiblen Zeit die Antworten der Frauen sehr emotionsgeladen, ja aber auch authentisch sind {Lütje 2004}. Lütje führte an einer deutschen Klinik eine retrospektive Analyse der geburtshilflichen Zufriedenheit und des Geburtserlebens durch. Auch er verwendete die SIL, allerdings in seiner Version mit 20 Items. Er konzentrierte sich mehr auf die Auswertung der Intensität des Erlebens in den vier Erlebnisdimensionen, als auf das Gesamtgeburtserleben, korrelierte jedoch das Geburtserleben mit den

Antworten einer Perinatalerhebung, in der die Zufriedenheit von u.a. den Räumlichkeiten, dem Tagesablauf und der subjektiv empfundenen Qualität des Personals abgefragt wurde.

Dass das Geburtserleben von einer PDA negativ beeinflusst wird, stellte sowohl seine als auch die hier vorliegende Arbeit heraus.

Er spricht ganz allgemein davon, dass eine Sectio und eine Vakuumextraktion zu einem überwiegend negativen Geburtserlebnis führen {Lütje 2004}. Dies kann mit den jetzt erhobenen Daten nicht bestätigt werden. Hier wurde für alle Entbindungsmodi in mehr als 50% der Fälle ein gutes Geburtserleben angegeben. Die Auswertung lässt auf Grund teils niedriger Zahlen zwar keine geeignete statistische Analyse zu, lässt aber zumindest eine Tendenz erkennen.

Annähernd 80% der Frauen mit Spontangeburt, über 70% mit primärer Sectio oder Vakuumextraktion und immerhin annähernd 60% mit sekundärer Sectio hatten ein positives Geburtserleben.

4.1.4 Studientyp und Durchführung der Studie

Ein Privileg des prospektiven Studienaufbaus besteht darin, dass zuerst die Fragestellung erarbeitet wird und dann der Fragenkatalog darauf zugeschnitten werden kann. Im Gegensatz dazu, wird bei retrospektiven Auswertungen – wie bei den meisten anderen Arbeiten verwendet, z.B. bei Lütje {Lütje 2004}- bereits vorhandenes Datenmaterial analysiert, das aber dann womöglich unvollständig oder nicht ganz kongruent zu den Hypothesen ist. Mit großer Wahrscheinlichkeit würden auch von den Schwangeren andere Erwartungen und Wünsche geäußert werden, wenn diese retrospektiv, also z.B. postpartal statt präpartal, abgefragt werden würden.

Die Vergabe des ersten Fragebogens in der Schwangerenambulanz wurde erwartungsgemäß zuverlässig und vollständig durchgeführt. Nach den Aussagen der Hebammen, nahm der Großteil der Schwangeren gerne an der Studie teil und begrüßte ein derartiges Evaluationsinstrument. Sobald die Einverständniserklärung unterschrieben wurde, füllten die Frauen den Bogen fast immer vollständig aus. Zu Nachfragen kam es anfangs bezüglich der Skalierung bei den Fragen 3) bis 6). Doch nach dem Einfügen eines erklärenden Satzes und Überarbeitung der Skala, konnte diese Unzulänglichkeit zeitnah behoben werden. Lediglich sieben Frauen gaben zwar ihr Einverständnis in die Studie, füllten den Bogen aber nicht aus. Dies entspricht einer Quote von ca. 2% und kann als sehr gering erachtet werden. Die Gesamtbeteiligung, also die Zahl der Schwangeren, die unter allen in Frage kommenden Schwangeren teilgenommen hat, wurde von den Hebammen zwischen 90 und 95% beziffert. Diese Beteiligung ist bezeichnend für die Nachfrage nach Mitsprachemöglichkeiten seitens der schwangeren Frauen.

Das Austeilen des zweiten Fragebogens gestaltete sich mitunter schwierig. Es sollte ja nicht jede Frau auf der Wochenstation einen Fragebogen erhalten, sondern nur diejenigen, die bereits den ersten Fragenkatalog ausgefüllt hatten. Um diese zu identifizieren, wurden deren Aufnahmebögen bei Aushändigung des ersten Fragebogens in der Schwangerenambulanz durch die betreuende

Hebamme auffallend markiert. Es ist gut vorstellbar, dass hier Fehlerquellen bestehen. Zum Beispiel könnte die Hebamme der Schwangerenambulanz die Markierung der Akten vergessen oder an falscher Stelle durchgeführt haben, weswegen die Wochenstationsschwester oder –hebamme die Markierung dann nicht finden würde. Nach mehrmaliger und andauernder Instruktion des Wochenstationsteams, einschließlich der Ärzte, konnten die Rücklaufquoten auf einen endgültigen Durchschnittswert von 44,4% gesteigert werden.

9% der Teilnehmerinnen, die den ersten Fragenkatalog ausgefüllt hatten, gebaren auswärtig. Diese Gruppe von Frauen könnte folgendermaßen charakterisiert werden: Frauen, die sich trotz der Anmeldung zur Geburt nicht in der Frauenklinik der LMU – Innenstadt entbinden ließen, wünschten sich einerseits tendenziell eher einen Kaiserschnitt, andererseits wollten sie, dass mit Medikamenten und medizinischen Eingriffen eher zurückhaltend umgegangen werde. Desweiteren liegen im Vergleich zur restlichen Studienpopulation häufiger ungeplante Schwangerschaften vor. Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Individualität während der Geburt, sowie nach einem erfüllten Geburtserleben ist bei dieser Gruppe an Frauen ausgeprägter vorhanden.

Problematisch gestalteten sich auch die ambulanten Geburten. Im vorliegenden Studiendesign wurde nicht berücksichtigt, dass diese Frauen nicht auf den Wochenstationen betreut werden und somit nicht in den Zyklus der Verteilung des zweiten Bogens integriert werden konnten. Das betraf auch Frauen, die bei Überbelegungen der Wochenstationen auf andere Stationen des Hauses verlegt wurden. Auch zu bedenken, sind die häufigen Schichtwechsel bei den Hebammen, die zwangsläufig zu Zuständigkeitsschwierigkeiten geführt haben. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der frischen Mütter übersah oder vergaß auch einfach den Fragebogen auszufüllen und wieder zurückzugeben.

Insgesamt gesehen, lag die Rücklaufquote des zweiten Fragebogens aber im zu erwartenden Bereich.

4.1.5 Statistische Auswertung

Der Verzicht auf freie Antwortmöglichkeiten – bis auf Fragen zur PDA und zur Fruchtwasseruntersuchung – erleichterte die Auswertung der Fragebögen mit SPSS. Die angewendete fünfstufige Likert-Skala erwies sich als praktikabel und lässt im Gegensatz zu offenen Fragen weniger Interpretationsspielraum zu. Es kam auch nicht vor, dass viele Frauen die Beantwortung einzelner Fragen ausgelassen hätten, weil sie keine passende Antwortmöglichkeit fänden.

Die statistische Auswertung mit SPSS Version 19 konnte weitgehend problemlos durchgeführt werden. Es sei doch erwähnt, dass die Statistik ohne die freundliche und ausführliche Beratung der Mitarbeiterin des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU nicht realisierbar gewesen wäre.

4.1.6 Vergleich unserer Studienpopulation mit dem Schwangerenkollektiv der Klinik

Vielleicht lassen sich die abweichenden Zahlen bezüglich der Kaiserschnitttrate der Frauenklinik und unserer Studie durch die abgelehnte Studienteilnahme der Frauen mit dem Wunsch nach einer Sectio erklären. Beim vorliegenden Studienkollektiv lag die Sectiorate bei 18,6%, in der gesamten Klinik bei 24,3%. Hätten die geschätzten ca. 25 Frauen mit der Präferenz zu einem Wunschkaiserschnitt, welche nicht an der Studie teilnehmen wollten, die Fragebögen doch ausgefüllt und dann folgerichtig per Kaiserschnitt entbunden, so beliefe sich die Sectiorate dieser Studie auf 22-23%. Damit wäre sie der Klinikrate annähernd ähnlich.

4.2 Diskussion der gewünschten und tatsächlichen Geburtsmodi

Wie Schwangere die verschiedenen Möglichkeiten der Geburt beurteilen und welchen Geburtsmodus sie favorisieren, ist schon in mehreren Arbeiten erfasst worden. Meist sollte der Frage nachgegangen werden, welchen Anteil die gewünschte Sectio an der Gesamtheit aller Entbindungen einnehme.

Hainer et al. beschrieben, dass laut ihrer Befragung von ca. 500 Schwangeren an einer Universitätsklinik, also unter ähnlichen Untersuchungsvoraussetzungen wie in unserer Studie, der Großteil der Frauen eine natürliche Geburt präferierten {Hainer 2011}. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Hildingsson et al., die die Rate an Frauen, die in der Frühschwangerschaft zu einem Wunschkaiserschnitt als Entbindungsmethode tendierten, mit ca. 8% bezifferten {Hildingsson 2002}. Auch Tschudin et al. benannten 2009 in ihrer Untersuchung einen Betrag von ca. 9% an Wünschen nach einer Sectio unter den befragten Frauen {Tschudin 2009}. Hellmers beschreibt in „Geburtsmodus und Wohlbefinden“ 2005 einen Anteil von 3,8% die eine Sectio präferieren würden, der tatsächliche Sectioanteil lag dann nur bei 0,6% {Hellmers 2005}. In der GEK-Kaiserschnittstudie aus dem Jahr 2006 wurde unter knapp 1400 Frauen ein Anteil von ca. 2% angegeben, die Sectiopräferenz zeigten {Lutz 2006}.

Offensichtlich stehen diese Resultate im Einklang zum vorliegenden Untersuchungsergebnis, als dass hier auch ein sehr geringer Anteil an gewünschten Kaiserschnitten an der Universitätsfrauenklinik in München-Innenstadt während der laufenden Studie aufgezeichnet wurde (12 von 522 mit Wunsch nach Sectio; 6 von 522 mit durchgeführter Wunschsectio).

Dem gegenüber steht eine Studie von Kottmel et al., in der herausgestellt wurde, dass die Rate an Kaiserschnitten auf mütterliche Nachfrage zwischen 2002 (23%) und 2008 (28%) signifikant gestiegen sein soll {Kottmel 2012}. Doch als hauptsächlichen Grund für die Durchführung eines Wunschkaiserschnittes wurde ein schon vorausgegangener Kaiserschnitt genannt, was nach unseren Kriterien nicht den Anforderungen eines Kaiserschnitts auf Verlangen entspricht. Ein früherer Kaiserschnitt stellt zwar

laut Leitlinien keinen zwingenden Grund für eine Re-Section dar, doch könnten diese Frauen auch von Aspekten wie der Angst vor einer Uterusruptur wegen der vorhandenen Uterusnarbe zu ihrer Entscheidung getrieben worden sein. Auch Hildingsson, Tschudin und andere Autoren berichteten, ein vorausgegangener Kaiserschnitt gebe für die Schwangeren Anlass, sich wieder eine Section zu wünschen {Hildingsson 2002, Tschudin 2009, Gamble 2001, MacKenzie 2003, Kolas 2003}. Hellmers spricht in ihrer Untersuchung von einem Circulus vitiosus, der initiiert werden könnte, wenn eine Section regelhaft einen Sectionwunsch bedingen würde {Hellmers 2005}. Außerdem sollten bei Zustand nach Section andere mütterliche und kindliche Komplikationen vor dem Hintergrund einer Studie von Crowther et al. bedacht werden {Crowther 2012}. Ca. 2300 Schwangere mit Zustand nach Section wurden randomisiert in eine Gruppe mit geplanter Re-Section und eine Gruppe mit geplanter vaginaler Entbindung eingeteilt. Unter den geplanten Re-Sectionen wurden seltener gravierende Blutverluste (>1500ml und/oder Bluttransfusion) verzeichnet. Ferner war das Risiko für einen Tod des Feten oder des Neugeborenen (bis zur Entlassung) oder ernsthafte kindliche Folgeschäden in der Gruppe mit den wiederholten Kaiserschnitten signifikant geringer (0.9% versus 2.4%) {Crowther 2012}.

Bei Thompson berichteten Frauen nach einer Kaiserschnittentbindung in den ersten Wochen postpartal häufiger über Erschöpfung, Schlafmangel und Probleme beim Stuhlgang sowie eine Einweisung ins Krankenhaus, aber seltener über Harninkontinenz und Damm-Schmerzen, als diejenigen mit vaginaler Spontangeburt {Thompson 2002}.

Dass aber die Zahl an indikationsarmen Sectionen auf Grund von negativen oder sogar traumatischen Geburtserlebnissen nicht unbeträchtlich ist, zeigt die Literatur {Kottmel 2012, Hildingsson 2002, Tschudin 2009}. Diese schon erlebten traumatischen Geburten, die oftmals damit verbundene Angst vor der Geburt und vorausgegangene Sectionen zählen zu den häufigsten Wunschkaiserschnittgründen {Hildingsson 2002, Tschudin 2009, Nieminen 2009}.

Inwieweit solche negativen Vorerlebnisse als „Indikation“ für einen Kaiserschnitt geltend gemacht werden können, ist eine schwierige Frage. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) spricht von absoluten und relativen Indikationen für eine Sectio. „Von einer absoluten Indikation ist zu sprechen, wo der Geburtshelfer aus zwingenden geburtsmedizinischen Gründen, namentlich zur Rettung von Leben und Gesundheit des Kindes und/oder der Mutter, nur zu diesem Entbindungsweg raten kann.“ {DGGG 2008}. Als Beispiele dafür werden eine Querlage des Kindes, eine Placenta praevia, ein HELLP-Syndrom der Mutter, ein Nabelschnurvorfall, ein Amnioninfektionssyndrom, eine fetale Azidose oder ein absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken genannt. Zu den relativen Gründen werden z.B. ein Kind in Beckenendlage, eine Mehrlingsschwangerschaft, eine fetale Makrosomie, ein Status nach Sectio und eine mütterliche Erschöpfung gezählt. In diesen Fällen solle der Geburtshelfer eine Beurteilung der Risiken für Mutter und Kind vornehmen und auf dieser Grundlage, im Einvernehmen mit der Schwangeren, eine Entscheidung treffen {DGGG 2008}. Als dritte Gruppe spricht die DGGG von „weichen“ relativen Indikationen und ordnet hier vor allem die von Ängsten motivierten primären Sectiones ein. Die Besorgnis bestehe hauptsächlich 1) um die Sicherheit des Kindes, 2) wegen der Angst vor Schmerzen, vor allem nach einer früheren traumatischen Entbindung oder durch Berichte von solch einer im Bekanntenkreis oder 3) wegen der Befürchtung einer späteren Beckenbodeninsuffizienz, (Harn-) Inkontinenz oder sexuellen Störung {DGGG 2008}. Die DGGG versucht, die Kaiserschnittindikationen zu klassifizieren und so den Geburtshelfern die Indikationsstellung zu erleichtern.

Die häufig erwähnten vorausgegangenen negativen und traumatischen Geburtserlebnisse werden zu den „weichen“ relativen Indikationen gezählt und nicht zur Kategorie „Wunschkaiserschnitt“. Dieses Genre „Wunschsectio“ trifft in der Definition der DGGG nur für Fälle zu, bei denen aus beruflichen und terminlichen Gründen ein bestimmter Termin und Ort für eine Sectio gewählt werde.

Das ganze Geburtserlebnis einer Frau hat einen Einfluss darauf, welchen Geburtsmodus sie in Zukunft favorisieren würde. Neben einem Kaiserschnitt oder einer traumatischen Geburt in der Vorgeschichte, wie es in Kottmel 2012, Hildingsson 2002, Pang 2008 und Tschudin 2009 beschrieben wird, scheint es auch noch andere Faktoren zu geben, warum Frauen nach einer vaginalen Geburt sich womöglich als zukünftige Entbindungsmethode eine primäre elektive Sectio wünschen würden. Pang et al. suchten nach Determinanten, an welchen die Frauen fest zu machen seien, die nach einer geplanten vaginalen Geburt als Erstgebärende, danach zu einem elektiven Kaiserschnitt als Geburtsmodus tendierten. Sie gaben an, dass sich 24% der Frauen nach einer vaginal intendierten Entbindung bei ihrer nächsten Geburt für einen Kaiserschnitt entscheiden würden. Unter anderen wurden folgende Faktoren angegeben: die Angst vor einer erneuten vaginalen Geburt, eine durchgeführte Notsectio, ein höheres Einkommen und ängstliche Persönlichkeitszüge {Pang 2008}. Unter den Erstgebärenden in der vorliegenden Studie präferierten 56% ganz sicher und 36% eher eine vaginale Geburt. Der Anteil an den Zweitgebärenden, die sich ganz sicher eine vaginale Geburt wünschten, lag bei 65%; für eine eher vaginal gewünschte Entbindung bei 29%. Erstgebärende würden sich laut dieser Daten nach der Geburt ungefähr gleich häufig für eine (erneute) vaginale Entbindung entscheiden, als sie es präpartal favorisierten. Hellmers spricht sich für eine Stärkung der Identität und Kompetenzen der Frauen durch einen positiven Geburtsverlauf aus, damit sich diese nicht verängstigt für die nächste Geburt eine Sectio wünschen müssten {Hellmers 2005}.

Nur Schwangere, die angaben, Angst vor der Geburt zu haben, wurden in eine Arbeit von Halvorsen et al. eingeschlossen. Ein Teil dieser Frauen favorisierte einen Kaiserschnitt als Geburtsmodus, der andere Teil eine vaginale Entbindung. Die beiden Gruppen wurden hinsichtlich ihrer psychischen und psychosozialen Merkmale verglichen. Frauen mit dem Wunsch nach einer Sectio hatten öfter starke Angst vor der Geburt, vorausgegangene traumatische Geburtserlebnisse, eine frühere Angsterkrankung oder Depression, weniger Vertrauen in das medizinische Personal und waren seltener psychologisch

behandelt worden {Halvorsen 2008}. Wie Pang et al., nennen also auch Halvorsen et al. die Angst vor der Geburt als möglichen Grund für den Wunsch nach einem Kaiserschnitt. Die Auswertung der Items „Angst vor der Geburt“ (I.6) und „gewünschter Geburtsmodus“ (I.1) kommt ebenfalls zu diesem Ergebnis. Je mehr Angst von den Frauen präpartal berichtet wurde, umso seltener wurde die sichere Präferenz für eine vaginale Spontangeburt ausgesprochen. Wurden gar keine Geburtsängste angegeben, so wünschten sich 76,2% der Teilnehmerinnen ganz sicher eine vaginale Geburt. Bei großer Angst tendierten noch 45,5% sicher zu einer vaginalen Entbindung ($\alpha=0,001$).

Die oben genannten Arbeiten untersuchten hauptsächlich, welche Entbindungsmethode sich Schwangere wünschten und warum sie diese vorziehen würden. Durch das längsschnittliche Design dieser Arbeit konnte neben den Präferenzen der Schwangeren, auch der Gesichtspunkt der tatsächlich erlebten Geburt beachtet werden. Unsere vorliegenden Daten lassen vermuten, dass die Rate der sekundären Sectiones und der Vakuumextraktionen von der persönlichen inneren Einstellung der Gebärenden beeinflusst werden könnte. Je weniger eine normale Geburt gewünscht wurde, desto häufiger wurden Vakuumextraktionen und sekundäre Sectiones durchgeführt. Bemerkenswert ist, dass selbst der Unterschied zwischen „ganz sicher“ und „eher“ vaginal gewünschter Geburt, einen deutlichen Anstieg in der Rate der vaginal operativen Geburten und sekundären Kaiserschnitten verzeichnete. Bezieht man die Teilnehmerinnen ein, die „eher“ mit einem Kaiserschnitt sympathisierten, und einen spontanen Geburtsversuch unternahmen, so wird die Differenz noch deutlicher. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Frage nach dem gewünschten Geburtsmodus sich auf den Zeitraum vor der Schwangerschaft bezog, um eventuelle einflussreiche Aspekte, wie z.B. eine Makrosomie des Kindes oder eine Beckenendlage, zu minimieren. Dies sollte Anlass zur Diskussion geben, ob ein nicht erfüllter Sectiowunsch bzw. eine Unsicherheit gegenüber einer vaginalen Entbindung, womöglich eine Einwirkung auf das Innenleben der Frauen hat und dadurch während des Geburtsverlaufs zu einer Beeinträchtigung des Geburtsfortschritts

beitragen kann. Hellmers spricht in ihrer Arbeit davon, dass „der unerfüllte Sectiowunsch vermutlich einen Einfluss auf die Psyche der Frau hat und unter der Geburt zu einer Blockade des Geburtsfortschritts führen kann“ {Hellmers 2005}.

Sharma et al. assoziierten ein steigendes mütterliches Alter und die PDA mit dem Einsatz von vaginal-operativen Maßnahmen oder sekundären Sectiones. Eine Einleitung der Geburt wurde als Einflussfaktor für eine Sectio genannt {Sharma 2009}. Sowohl eine PDA, als auch geburtseinleitende Maßnahmen, führten laut der bestehenden Daten ebenfalls zu einer gesteigerten Rate an sekundären Sectiones und Vakuumextraktionen ($p=0,000$).

In der Literatur wird auch die These aufgestellt, erlebte körperliche oder sexuelle Gewalterfahrung würde den Wunsch nach einem Kaiserschnitt triggern {Lukasse 2011}. Dabei wird oft ein Anteil von ca. 20% aller Schwangeren genannt, die körperliche oder sexuelle Gewalt im Laufe ihres Lebens erfahren mussten {Jundt 2009, Leeners 2010}.

In dieser Studie gaben 3,4% der Teilnehmerinnen Gewalterfahrung an und 7,9% wollten keine Angabe zu diesem Thema machen. Verglichen mit der Häufigkeit von Gewalterfahrung aus anderen Untersuchungen muss hier von einer gewissen Verleugnung ausgegangen werden. Schließt man die Frauen mit Gewalterfahrung und diejenigen, die keine Angaben machen wollten, hypothetisch in eine Gruppe „Gewalterfahrene“ zusammen, so kann ein gesteigerter Wunsch nach einer abdominalen Entbindung auch an Hand der verfügbaren Zahlen nachvollzogen werden; jedoch genauso eine gesteigerte Tendenz zu dem ganz sicheren Entschluss nach einer vaginalen Entbindung. Bei den Gewalterfahrenen steht eine Rate von ca. 69% ganz sicher vaginal gewünschter Geburten gegenüber etwas 58% der Gewaltunerfahrenen. „Ganz sicher einen Kaiserschnitt“ als bevorzugten Geburtsmodus, gaben 1,6% der Frauen ohne und 3,4% der Frauen mit Gewalterfahrung an.

Jundt et al. (2009) verwendeten auch die SCL-K 9 und berichteten bei Schwangeren, die psychischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, z.B. auffällige negative Werte bezüglich der Skalen Depression und Angst, Anspannung und Einsamkeit. Außerdem traten bei den gewalterfahrenen

Frauen signifikant öfter Übelkeit und Erbrechen während der Schwangerschaft auf {Jundt 2009}.

Korreliert man den Global Severity Index (GSI) der SCL-K-9 - also den psychischen Beschwerdedruck während der letzten sieben Tage - in unserer Studie mit der Gewalterfahrung, so erhält man folgende Ergebnisse: Von den 449 Gewaltunserfahrenen hat ein Anteil von 68,2% [n=306] einen GSI <1 und folglich ein geringes psychisches Beschwerdebild. In der Gruppe der Schwangeren die gewalterfahren waren oder hierzu keine Angaben machen wollten [n=57], liegt der Anteil bei 56,1% [n=32]. Ein GSI von 1-1,99 haben ca. 28% beider Gruppen. Einen Betrag von 2-2,99 weisen 4% [n=18] der Schwangeren ohne Gewalterfahrung und 14% [n=8] mit Gewalterfahrung auf. Eine Teilnehmerin erreichte einen Wert zwischen 3 und 3,99. Sie hatte Gewalterfahrung in ihrer Vorgeschichte angegeben. In der Zusammenschau kann die Angabe eines tendenziell höheren psychischen Beschwerdedruckes nach erlebter Gewalt beobachtet werden.

Weiterführend wurde – nach gewünschtem und tatsächlichem Geburtsmodus – postpartal erfragt, welche Entbindungsmethode die Frauen hypothetisch für eine wieder bevorstehende Geburt bevorzugen würden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde gezeigt, dass sich Frauen nach spontaner Entbindung zu 96,7% für den gleichen Geburtsmodus wieder entscheiden würden. Keine Einzige gab an, sie würde für die nächste Geburt zu einem Kaiserschnitt tendieren. Auch nach einer Vakuumextraktion wünschte sich keine der betroffenen Frauen eine Sectio für eine wieder bevorstehende Geburt. Doch 55,8% sagten aus, sie würden eine normale Entbindung favorisieren. In einer Untersuchung an Erstgebärenden von Hellmers wurde die Spontangeburt signifikant häufiger wiedergewählt, als vaginal-operative Verfahren und eine sekundäre Sectio {Hellmers 2005}.

Unter den Frauen mit primärer Schnittentbindung lag die Rate der Wiederwahl des Geburtsmodus bei 50%, während 41,7% beim nächsten Mal einer normalen Geburt den Vorzug geben würden. Frauen mit sekundärem Kaiserschnitt sprachen sich zu 23,3% für den gleichen Geburtsmodus aus; 60%

würden sich eine normale Entbindung wünschen (n=209, a=0,000). Ähnliche Ergebnisse berichteten Aslam et al. 2003. Sie sprachen von einer Häufigkeit von 90,9% an Frauen, die nach einer Spontangeburt wieder eine vaginale Entbindung bevorzugen würden; bei Zustand nach Sectio würden nur 66,6% anderen Frauen zu einer vaginalen Geburt raten {Aslam 2003}.

Im vorliegenden Studienkollektiv ist die absolute Anzahl an Frauen mit primärer Sectio und gleichzeitiger Abgabe des postpartalen Fragebogens gering, weswegen die Ergebnisse nur unter großer Zurückhaltung interpretiert werden dürfen. Trotzdem scheint es, als erfahre eine primäre Sectio größere Zustimmung im Vergleich zu einer sekundären Sectio. Dies spiegelt sich auch in den in unserer Untersuchung und in der Literatur formulierten höheren Zufriedenheitswerten zu Gunsten des primären Kaiserschnitts wider. Hellmers beschreibt die Zufriedenheit mit dem erlebten Geburtsmodus in absteigender Reihenfolge folgendermaßen: Spontanpartus, primäre Sectio, vaginal-operative Entbindung, sekundäre Sectio.

Die innere Vorbereitung auf eine vaginale Geburt könnte bei den Frauen mit sekundärer Sectio einen wichtigen Einflussfaktor darstellen. Unter anderem wegen des fehlenden Geburtserlebnisses kann vor allem eine sekundäre Schnittenbindung Gefühle des Versagens und der Enttäuschung evozieren {Schücking 2001}. Eine bereits begonnene Geburt, die - wenn der Geburtsfortschritt erlahmt und schon ein Teil der Geburt bewältigt wurde - per Sectio abgebrochen wird, kann eine verdoppelte Belastung für die Frau darstellen. Sie leiden unter dem gerechtfertigten Gefühl, ihre schon erbrachten Geburtsanstrengungen seien am Ende nicht honoriert worden {Hellmers 2005}.

4.3 Diskussion des Einflusses der Ausprägung der Schwangerschaftsplanung

In der Literatur wird dargelegt, dass unbeabsichtigte Schwangerschaften zu einem abnormen Geburtsverlauf und Geburtserleben beitragen können. So berichten Georgas et al., dass Frauen mit ungewünschter Schwangerschaft höhere Werte in Skalen des psychosozialen Stresses zeigten {Georgas 1984}. Eine ungeplante Schwangerschaft könnte darüber hinaus einen Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression darstellen {Warner 1996, Karacam 2011}. Auch bezüglich der Items „negatives Geburtserlebnis“ und „heftig starke Geburtsschmerzen“ zeigten Frauen mit ungeplanter Schwangerschaft höhere Raten {Karacam 2011}. Ebenso in der jetzt durchgeführten Studie wiesen die Frauen mit wenig oder gar nicht gewünschten Schwangerschaften häufiger ein schlechtes Geburtserleben auf. Laut Berechnung mit der SIL hatten sie zu 38,5% ein schlechtes Geburtserleben. Im Vergleich dazu lag die Rate bei den völlig geplanten Schwangerschaften bei 24,1%.

Ob die Geburt ein tolles Erlebnis oder eine große Belastung werde, schätzten Frauen mit geplanten und ungeplanten Schwangerschaften präpartal annähernd gleich ein. Bemerkenswert ist jedoch, dass unter den Schwangeren mit gar nicht oder wenig geplanten Schwangerschaften keine Einzige angab, die Geburt werde ihrer Meinung nach eine große Belastung. Und trotz des Optimismus -oder gerade deswegen- hatte diese Gruppe von Frauen dann öfter ein schlechtes Geburtserleben.

Eine gesteigerte Schmerzintensität lässt sich jedoch an den vorliegenden Daten nicht nachvollziehen. Jeweils ca. ein Drittel der Frauen mit geplanten bzw. ungeplanten Schwangerschaften beschrieb ihre Geburtsschmerzen als sehr stark. Auffällig erscheint aber, dass häufiger eine PDA bei Frauen mit wenig und gar nicht beabsichtigten Schwangerschaften eingesetzt wurde (67,6% vs. 52,5% bei völlig geplanten Schwangerschaften).

In einer Arbeit von Mohllajee et al. (2007), wurden die geburtshilflichen Daten von ca. 87000 Frauen in den USA analysiert. Dabei sei unter den ungeplanten

Schwangerschaften eine höhere Wahrscheinlichkeit für Frühgeburten oder einen vorzeitigen Blasensprung herausgestellt worden. Frauen, die bezüglich ihrer Schwangerschaft Ambivalenz empfanden, hätten ein höheres Risiko für ein Neugeborenes mit niedrigem Geburtsgewicht gehabt {Mohllajee 2007}. Die Frühgeburtlichkeit brachten auch Orr et al. mit ungeplanten Schwangerschaften in Zusammenhang {Orr 2000}. In der Auswertung der vorliegenden Daten konnte keine Assoziation von ungeplanten Schwangerschaften und Frühgeburten hergestellt werden.

Bemerkenswert ist, dass die Frauen nach nicht- oder wenig geplanten Schwangerschaften zu 92,9% zufrieden mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit nach der Entbindung waren. Bei den geplanten waren dies ca. 10% weniger.

Ob das an geringeren Erwartungen oder persönlichen Maßstäben liegt, die die Frauen an sich anlegen, oder ob andere Gründe dafür verantwortlich sind, ist schwer festzustellen.

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt ergibt sich, wenn man eine Kreuztabelle mit der Kombination der Merkmale „Geplantheit der Schwangerschaft“ (I.18) und „gewünschter Geburtsmodus“ (I.1) erstellt: Je ungeplanter die Schwangerschaft ist, desto häufiger werden als gewünschter Geburtsmodus „eher eine vaginale Geburt“ oder „eher ein Kaiserschnitt“ angegeben; und desto seltener „ganz sicher eine vaginale Geburt“. Frauen mit „völlig geplanten“ Schwangerschaften gaben zu 62,2% an, sie würden sich „ganz sicher eine vaginale Geburt“ wünschen. Diejenigen mit „gar nicht“ oder „wenig“ geplanten Schwangerschaften, antworteten dies nur zu 44,7%. Bei den Frauen mit ungeplanten Schwangerschaften kamen aber nicht häufiger sekundäre Kaiserschnitte und vaginal-operative Maßnahmen zum Einsatz. Dies hätte man vermuten können, da der gewünschte Geburtsmodus für den tatsächlichen Geburtsmodus richtungsweisend sein kann.

In dieser Arbeit wurde auch herausgestellt, dass signifikant mehr Frauen mit geplanter Schwangerschaft angaben, ihnen sei es wichtig, ihr Partner könne bei der Geburt dabei sein (79% vs. 50%, $\alpha=0,004$). Im gleichen Sinne hielten die

Anwesenheit des Partners 1,2% der Frauen mit geplanten bzw. 5,6% mit ungeplanten Schwangerschaften für gänzlich unwichtig.

Im Folgenden soll schließlich die Ausprägung der Schwangerschaftsplanung in Zusammenschau mit der Lage des Kindes diskutiert werden. In der Literatur konnte jedoch keine ähnliche Studie gefunden werden. Die Häufigkeit der Beckenendlage beträgt bei den ausgetragenen Schwangerschaften in der Bevölkerung 3-5%. In diesem Rahmen liegt auch die Rate von 3,9% der bestehenden Studienpopulation.

Warum aber unter den Frauen, die ihre Schwangerschaft wenig oder gar nicht geplant hatten, die Häufigkeit der Beckenendlage bei 10,8% liegt, lässt sich an Hand dieser Daten schwer erklären und sollte wenn möglich mit einer größeren Teilnehmerinnenzahl (in der verfügbaren Studie 460 für diese Frage) reevaluiert werden.

Frauen mit ungeplanten Schwangerschaften sollten in der geburtshilflichen Vorbereitung identifiziert und berücksichtigt werden und es sollte versucht werden, den geburtshilflichen und psychosozialen, negativen Effekte der unbeabsichtigten Schwangerschaften im Rahmen einer suffizienten präpartalen Unterstützung entgegen zu treten.

4.4 Diskussion der steigenden Kaiserschnitttrate

Über Wahlfreiheit und Wahlzwang: Früher erschien alles einfacher. Da war es das Natürlichste auf der Welt, dass eine verheiratete Frau Kinder gebär. Geradezu war es ihre soziale Pflicht und verhalf ihr zu Anerkennung innerhalb der Gesellschaft {Schnitz 2004}. Heutzutage bringen alle Abschnitte der pränatalen, perinatalen und postnatalen Zeit Entscheidungssituationen hervor. Eltern müssen sich entscheiden ob sie ein Kind wollen, wann sie ein Kind wollen und dann noch, wie das Kind zur Welt kommen soll. Die größere Wahlfreiheit bringt gleichsam auch einen Wahlzwang mit sich. Beispielsweise müssen jetzt Fragen zur Durchführung einer pränatalen Diagnostik, zum Wunsch der Entbindungsmethode und ob der Säugling gestillt werden solle oder nicht, beantwortet werden. Die meisten Frauen sind zu Zeiten des Internets gut belesen und informiert (siehe auch die Ergebnisse dieser Studie) und müssen vor dem Hintergrund ihres Wissen abwägen, was das Beste für sie selbst und ihr Kind sei. Doch eine Zunahme der Wahlfreiheit bedingt auch eine Zunahme der Unsicherheit. Wurde alles richtig entschieden und ausgewählt? Was hätte man besser machen können?

Eine Soziologin beschreibt diese Situation folgendermaßen: „Wo traditionelle Bindungen mit ihren rigorosen Verhaltensregeln und Vorschriften aufgelöst werden, da wird eine Erweiterung des Lebensradius möglich, ein Gewinn an Handlungsspielraum und Wahlmöglichkeiten. Jedoch: Auf der Kehrseite der neuen Gestaltbarkeit kommen auch neue Anforderungen und Zwänge auf. [...] Was einst die natürlichste Sache der Welt war, ist heute zu einer konflikträchtigen Entscheidung geworden.“ {Beck-Gernsheim, Die Kinderfrage, 1988}

Eine Entscheidungsfreiheit bringt also nicht nur die Möglichkeit der Entfaltung von Selbstbestimmung und Individualität mit sich, sondern auch Konfliktsituationen. Bezug nehmend auf die Situation der prä- und peripartalen Abwägungen, die auf eine Schwangere zukommen, stellt sich somit auch die Frage der Entbindungsmethode.

Dass die Rate an Kaiserschnitten in den letzten Jahren, Jahrzehnten und Jahrhunderten kontinuierlich gestiegen ist, bleibt zweifelsfrei. Vom ersten überlieferten Kaiserschnitt, den Mutter und Kind überlebt haben sollen, im Jahre 1500, über Raten von 1-2% um 1900 und 15,3% 1991 steht der Prozentsatz mittlerweile bei 31,9% {2010, Statistisches Bundesamt, Stand: 19. März 2012}. Doch die Gründe dieses Anstieges sind bei Weitem nicht so offenkundig und können an den verschiedensten Stellen gesucht werden.

In der Frauenklinik der Universität München – Innenstadt lag bei den Studienteilnehmerinnen während des erfassten Zeitraums der Anteil an Sectiones bei 18,6% [88] aller Entbindungen, davon waren 34 primäre und 54 sekundäre Kaiserschnitte. Die Zahl an vaginalen Spontangeburt betrug 299 und anteilmäßig an allen Entbindungen ca. 63%. Eine Vakuumextraktion als Entbindungsmethode hatten etwa 17% [81] der Gebärenden. Im Bundesvergleich liegt die Klinik somit deutlich unter der durchschnittlichen Sectiofrequenz. Beispielsweise liegt die Kaiserschnitttrate bei 32,7% und die der Vakuumextraktionen bei 5,8% in Bayern {2010, Statistisches Bundesamt, Stand: 19. März 2012}.

In der Literatur findet man verschiedenartige Ansätze, warum die Kaiserschnitttrate gestiegen sei, und speziell, ob und warum die Zahl der Wunschkaiserschnitte gestiegen sei.

Habiba et al. untersuchten die Haltung der Geburtshelfer gegenüber der mütterlichen Nachfrage nach einem Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation. Sie wollten herausfinden, wie viele Geburtsmediziner gewillt wären, einen Wunschkaiserschnitt durchzuführen und aus den Ergebnissen einen Vergleich zwischen europäischen Ländern ziehen. Laut dieser Umfrage wäre die hypothetische Erfüllung des mütterlichen Wunsches in Spanien (15%), Frankreich (19%) und den Niederlanden (22%) am niedrigsten und in Deutschland (75%) und Großbritannien (79%) am höchsten. Neben dem Land der Tätigkeitsausübung sollen auch die Angst vor Rechtsstreitigkeiten und der Anschluss der Klinik an eine Universität die Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt

der Anfrage nach einem Wunschkaiserschnitt nachkommt, positiv beeinflussen {Habiba 2006}. Die Unterschiede in der Sichtweise der Geburtshelfer sind anscheinend von kulturellen, rechtlichen und versorgungstechnischen Variablen geprägt und beruhen weniger auf fassbarer medizinischer Evidenz {Habiba 2006}.

Betrachtet man neben den Ärzten, die eine indikationsarme Sectio durchführen würden, wieder die Frauen, die den Wunsch danach äußern, so erfährt man in der Literatur, dass die Zahl dieser Wünsche recht unterschiedlich bewertet wird. Hildingsson et al. nennen einen Wert von ca. 8% an Frauen (in ihrer Studie in Schweden), welche einer Schnittentbindung den Vorzug geben würden {Hildingsson 2002}. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Hainer et al. mit einer Untersuchung an deutschen Schwangeren 2011. Sie sprechen sich sogar dafür aus, dass die gestiegene Sectiofrequenz nicht von einer Nachfrage der Frauen beeinflusst werde {Hainer 2011}. In diese Richtung folgen auch die Ergebnisse von Turner et al.. Schwangere, Hebammen und Ärzte sollten angeben, welche Komplikationen einer vaginalen Entbindung sie in Kauf nehmen würden, bevor sie für sich oder ihren Partner nach einer elektiven Sectio verlangten. Zu den Problemen zählten z.B. eine Notsectio, Stuhlinkontinenz, Harninkontinenz oder Dammrisse dritten und vierten Grades. Die befragten schwangeren Frauen billigten für alle genannten Komplikationen einer vaginalen Entbindung ein höheres Morbiditätsrisiko als die Ärzte. Die Haltung der Hebammen war der der Schwangeren sehr ähnlich {Turner 2008}. Laut der Studie würden also Ärzte eher zu einer elektiven Sectio tendieren, als die Schwangeren. Demnach nähmen die Frauen ein höheres Risiko für (schwere) Komplikationen bei einer vaginalen Geburt in Kauf. Fraglich ist, ob diese Resultate an einer mangelnden Informiertheit der Schwangeren liegen. Jedoch können die bestehenden Ergebnisse eine ungenügende Informiertheit über die verschiedenen Wege der Geburt und die Geburtskomplikationen nicht bestätigen. Es bleibt also die Frage, ob Wunschkaiserschnitte auch häufig ein Wunsch der Ärzte seien. Sicherlich haben Geburtshelfer Angst vor Gerichtsklagen und Verurteilungen und verständlicherweise ist für sie ihre juristische Absicherung, neben dem Wohl von Frau und Kind, auch

vordergründig. So ist es nicht unwahrscheinlich, dass ein Teil der durchgeführten Sectiones auf Grund von z.B. nur geringen Normabweichungen im Cardiotokogramm (CTG) erwogen werden, da sich die Ärzte so „auf der sicheren Seite“ fühlen. Wenn man den Gründen für sekundäre Sectiones genauer nachgeht, so ist ein „suspektes CTG“ bei den führenden dabei {Lutz 2006}. Mit der heutigen genauen technischen Überwachung der Geburt werden oft schon kleine Normabweichungen der aufgezeichneten Parameter pathologisiert und das weitere bekannte Procedere eingeleitet. Hinzu kommt häufig eine unzureichende geburtshilfliche Ausbildung bzw. Erfahrung unter den Ärzten. Besondere geburtshilfliche Fähigkeiten, wie z.B. die assistierte vaginale Beckenendlagenentbindung, gehören mittlerweile zum Erfahrungsschatz der wenigsten Geburtsmediziner {Lutz 2006}. Eine höhere Sectiofrequenz bedingt allgemein weniger Erfahrung mit Spontangeburt unter den jungen Geburtsmediziner und daraus folgt dann wieder eine höhere Kaiserschnittzahl. Der Kreis schließt sich.

Doch ist dieser Aspekt auch nur ein Grund unter vielen. Wie schon erwähnt, liegt die Unsicherheit auch auf Seiten der Schwangeren. Schwangerschaft und Geburt bringen zahlreiche Konfliktsituationen mit sich. Auch lässt eine heutzutage nachlassende gesellschaftliche Anerkennung für eine durchgestandene Geburt {Schnitz 2004}, eine Frau schneller zu einer vermeintlich leichteren und schmerzärmeren Sectio tendieren. Da führt eine „weiche“ Indikation für eine Sectio schnell zu einem „sanften“ Kaiserschnitt (wie die heute angewandte Methode nach Misgav-Ladach auch genannt wird). Doch ob das Skalpell und das Zerreißen der Gewebeschichten eine sanfte Entbindungsmethode bedeuten, sei dahingestellt.

Wie in allen Lebensbereichen wirken sich Merkmale der Gesellschaft auf das gesamte Schwangerschafts- und Geburtserleben aus. Dazu zählen ein Anspruch auf Planbarkeit und ein Bedürfnis nach Unabhängigkeit, sowie Kontrolle. Der Kaiserschnitt wird häufig nicht mehr zur Abwehr unmittelbarer Gefahr für Mutter oder Kind durchgeführt, sondern schon, wenn das Risiko für eine Gefährdung besteht; er soll also präventiven Charakter haben.

Bei der Geburt, diesem zentralen Ereignis im Leben für Frauen und Paare, sollen die Risiken minimiert werden, und das nicht zuletzt, weil mit der Tendenz zu Kleinfamilien das einzelne Kind oft zum Träger aller Hoffnungen wird.

Dazu kommen die Reproduktionsmedizin und das höhere Alter der Mütter, das im Bundesdurchschnitt 2011 bei 30,7 Jahren {Statistisches Bundesamt 2012} und in unserer Studie bei 33,95 Jahren lag. Eine künstliche Befruchtung führt häufiger zu Mehrlingsschwangerschaften, die eine vaginale Geburt erschweren. (Von den sechs Frauen mit Mehrlingsschwangerschaften, die an unserer Studie teilnahmen, wurden jeweils zwei per primärem Kaiserschnitt, spontan und per Vakuumextraktion entbunden). Und mit dem steigenden mütterlichen Alter treten öfter Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auf. Sharma et al. assoziierten sowohl das steigende mütterliche Alter, als auch den Einsatz von geburtseinleitenden Maßnahmen oder einer PDA mit einem steigenden Risiko für eine Schnittenbindung {Sharma 2009}. Die gleichen Ergebnisse bringt die Auswertung unserer Studie. Neben einer Geburtseinleitung, hob auch eine PDA die sekundäre Kaiserschnitttrate signifikant an. Außerdem soll der Body Mass Index eine Rolle bei sekundären Kaiserschnitten spielen. Hildingsson und Thomas berichteten, dass ein BMI größer oder gleich 30 gehäuft zu Geburtseinleitungen und Notkaiserschnitten führen solle {Hildingsson 2012}. Ebenso wird in einer anderen Studie von umso mehr sekundären Sectiones, je höher der BMI gewesen sei, berichtet {Bergholt 2007}. In der vorliegenden Arbeit konnte bestätigt werden, dass mit steigendem BMI tendenziell öfter geburtseinleitende Maßnahmen und sekundäre Sectiones durchgeführt werden. Die Geburtseinleitungen ihrerseits korrelierten auch mit einer signifikant gesteigerten Rate an sekundären Schnittenbindungen.

Ebenfalls lassen die vorliegenden Daten einen Zusammenhang zwischen Ängsten vor der Geburt und der Durchführung von sekundären Sectiones vermuten. Berücksichtigt man außerdem den Geburtsmodus, den sich die Schwangeren präpartal für sich vorstellen, so zeigt sich, dass auch Unsicherheiten, ob wirklich eine vaginale Entbindung gewünscht sei, die Sectionhäufigkeit beeinflussen können.

Wahrscheinlich lassen auch manche Kliniken die zeitlichen und pekuniären Vorteile an eine Sectio denken. Da erscheint es doch praktischer, einen geplanten Kaiserschnitt am Vormittag durchzuführen, als in der Nacht eine schwierige vaginale Entbindung. Zusätzlich dazu ist die Vergütung einer Sectio (ca. 2400 Euro) im Vergleich zu einer natürlichen Geburt (ca. 1500 Euro) deutlich attraktiver. Nimmt man noch die assistierte vaginale Entbindung bei Beckenendlage, die viel Erfahrung und Geschick des Geburtshelfers voraussetzt, in Betracht (ca. 1500 Euro), so kommt selbst ein Klinikchef, der pro vaginale Entbindung eingestellt ist, in einen ethischen Konflikt.

Bezeichnend ist auch, dass es für eine Schnittentbindung zwar zahlreiche Indikationen, aber keine klare Definition von Kontraindikationen gibt. Neben der allgemein gefassten Inoperabilität der Frau werden keine Gegenanzeigen genannt {Schneider 2010}. Im Gegensatz dazu werden für eine vaginale Geburt die bekannten Kontraindikationen aufgezählt: okzipito-anteriore Stirneinstellung, mento-posteriore Gesichtseinstellung, Querlage, Placenta praevia oder Placenta accreta, Vasa praevia, mechanische Obstruktion der natürlichen Geburtswege (z.B. durch Myome), absolutes Kopf-Becken-Missverhältnis und bestimmte mütterliche Erkrankungen {Schneider 2010}. Auch die Tatsache, dass es bis jetzt in Deutschland zwar zahlreiche Verurteilungen vor Gericht wegen nicht durchgeführten Kaiserschnitten, aber keine einzige wegen eines „überflüssigen“ Kaiserschnitts gibt, sollte Anlass zur Reflektion der gesamtgesellschaftlichen Ideologie und Entwicklung geben {Grübner 2005}.

Neben den Kontraindikationen sind natürlich auch die Indikationen für die Schnittentbindung interessant. Diese wurden schon eingeteilt und diskutiert. Doch gab es über die Jahre auch eine Veränderung in der Indikationsstellung {MacKenzie 2003}. Über den Zeitraum von 1976 bis 1996 wurden die verschiedenen Indikationen für einen Kaiserschnitt erfasst. Die Sectionrate bei fetaler Not unter der Geburt verdoppelte sich über den Studienzeitraum und bei gescheiterter Geburtseinleitung stieg sie ebenfalls an. Außerdem stieg die Sectiofrequenz bei den Beckenendlagen- und Zwillingsgeburten. Die Rate an Re-Sectiones sei stabil geblieben. Der Anteil an Kaiserschnittgeburten stieg

also für annähernd alle Indikationen innerhalb von 20 Jahren an {MacKenzie 2003}.

Wenn jeder der zuletzt genannten, mannigfaltigen Faktoren - Wünsche von Müttern und Geburtshelfern, Ängste von Müttern und Geburtshelfern, die Technik, die ökonomischen und forensischen Aspekte, die Indikationen im Wandel, die gesamtgesellschaftliche Entwicklung, der Zeitgeist, und sicher gibt es noch mehr - nur einen kleinen Teil dazu beiträgt, so scheint der Anstieg der Kaiserschnitttrate doch erklärbar.

Robson et al. führten 2001 einen neuen Ansatz zur Klassifikation der Kaiserschnitte ein. Die Klassifikation definiert zehn Gruppen, welche sich aus einer Kombination von geburtshilflichen Merkmalen der Frauen zusammensetzen. Hierzu zählen: Nullipara/ Multipara, Einling/ Mehrlinge, das Gestationsalter ≥ 37 . SSW oder ≤ 36 .SSW, Schädellage/ Beckenendlage/ regelwidrige Lage, spontane Wehen/ Geburtseinleitung/ Sectio vor Beginn der Wehen und ein früherer Kaiserschnitt.

Mit Hilfe dieser kann ein Überblick über die Sectiofrequenz im Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen oder in der gleichen Einrichtung über einen Zeitverlauf gewonnen werden {Robson 2001} und die Diskussion um Kaiserschnittraten könnte differenzierter geführt werden.

Die WHO schätzt ja, dass nur bei 10-15% aller Schwangerschaften ein Kaiserschnitt nötig sei und empfiehlt diese Rate als Anhaltspunkt {World Health Organization 1985}. Doch wie könnte man die Sectiofrequenz wieder reduzieren? Mit dieser Frage beschäftigte sich eine Metastudie von Khunpradit et al. (2011). In einer kleinen Gruppe von jungen erstgebärenden Frauen konnte die Sectiorate durch Entspannungstraining bei Ängsten vor der Geburt und durch Geburtsvorbereitungskurse gesenkt werden {Khunpradit 2011}. Das verbindliche Einholen einer zweiten Meinung vor der Durchführung einer Sectio zeigte einen leicht reduzierenden Effekt, vor allem bei den intrapartalen Kaiserschnitten {Khunpradit 2011, Althabe 2004}. Um die Zahl der Re-Sectiones zu verringern, eigneten sich laut einer anderen Studie neben dem

Einholen einer Zweitmeinung, auch die Rücksprache mit einem geburtshilflichen Experten vor und während der Geburt und die geburtshilfliche Anbindung der Frau nach ihrem ersten Kaiserschnitt {Khunpradit 2011}. Auch schon 1988 präsentierten Myers et al. ein Programm, um die Zahl der Schnittentbindungen zu verringern. Genauso stand hier das strikte Einholen einer Zweitmeinung im Vordergrund. Ergänzend wurden objektive Kriterien für die häufigsten Kaiserschnittindikationen geschaffen und eine ausführliche Nachbesprechung aller Schnittentbindungen und der Rate derer jedes einzelnen Arztes eingeführt. Sowohl der Betrag der Erst-, als auch der Re-Sectiones konnte so innerhalb von zwei Jahren gesenkt werden. Aber nur der Abfall der Erstkaiserschnitttrate war signifikant {Myers 1988}.

Hier in der Universitätsfrauenklinik der LMU – Innenstadt werden ähnliche Ansätze benutzt, um die Sectiofrequenz „im Rahmen zu halten“. Die konsiliarische Arbeitshaltung und das Einholen von Zweitmeinungen bei Kollegen haben hohe Priorität. Auch ist Tag und Nacht gewährleistet, dass die jungen Ärzte bei Schwierigkeiten mit einem Oberarzt/-ärztin Rücksprache halten können und Unterstützung von diesem/dieser erfahren. Hinzu kommen ein äußerst sensibler und hinterfragender Umgang mit den Wünschen nach einem Kaiserschnitt und die Möglichkeit einer psychosomatischen Beratung bei Ängsten und jedweden anderen Konflikten in der prä-, peri- und postnatalen Phase. Dass dieser Ansatzpunkt einen Einfluss auf die Kaiserschnitttrate haben könnte, beschrieben auch Oyuela-García et al. (2010). Sie wollten herausfinden, ob ein Psychoprophylaxe-Programm bei Niedrigrisikoschwangerschaften die Kaiserschnitttrate senken könnte. Die Psychoprophylaxe ist ein Begriff aus der psychologischen Geburtshilfe und wird benutzt, um dem Kreislauf aus Angst-Anspannung-Schmerz bei den Schwangeren zu begegnen und um Angst und Schmerz während der Geburt zu reduzieren. Diejenigen Frauen, die präpartal an dem Programm teilnahmen, hatten signifikant weniger Schnittentbindungen. Außerdem wurden weniger mütterliche und kindliche Komplikationen verzeichnet {Oyuela-García 2010}. Diese Ergebnisse könnte man auf die vorliegende Fragestellung, ob man durch eine ausführliche Beratung die (Wunsch-) Kaiserschnitttrate reduzieren könnte,

übertragen. An der Universitätsfrauenklinik führt jede Schwangere, die einen Sectiowunsch ohne greifbare medizinische Indikation äußert, ein beratendes Gespräch mit einem erfahrenen Geburtsmediziner. Die Schwerpunkte dieses Austausches liegen auch auf der Beachtung psychosozialer Aspekte. Da ich selbst bei diesen Gesprächen dabei sein konnte, kann berichtet werden, dass ein sensibler, aber auch hinterfragender Umgang mit diesen Wünschen, auf jeden Fall einen investigativen Einfluss auf die Schwangere ausübt. Ein Großteil der Frauen wagt, trotz (anfänglichen) Ängsten und Befürchtungen bezüglich der Geburt, einen spontanen Geburtsversuch. Häufig wird ein Geburtsplan unter Einbezug einer Hebamme vereinbart, der auf fürsorglicher und Ängste nicht verleugnender Geburtshilfe basiert und die Schwangere zuversichtlich und bestärkt an die Entbindung herangehen lässt. Halvorsen et al. kamen mit ihrer Studie zu vergleichbaren Ergebnissen. Sie wollten herausstellen, ob die persönliche Einstellung des Beratenden bei Frauen mit Angst vor der Geburt, die Nachfrage nach einem Kaiserschnitt beeinflussen könnte. Die Studienpopulation bestand aus Schwangeren mit Angst vor der Geburt und gleichzeitigem Wunsch nach einer Sectio. Sie wurden entweder von jemandem beraten, der die Fähigkeit besaß, seelische Hemmnisse bezüglich einer vaginalen Geburt zu überwinden (Bewältigungsstrategie), oder von jemandem, der die Einstellung vertrat, die Schwangere könne vollkommen selbstbestimmt ihren Geburtsmodus wählen (Strategie der Selbstbestimmung). Die Resultate zeigten, dass der Berater, der die Bewältigungsstrategie verwendete, einen positiven Effekt auf den Wechsel vom Wunsch nach einem Kaiserschnitt zu einem vaginalen Geburtsversuch erzielen konnte. Und änderte der Berater seine Strategie von Selbstbestimmung auf Bewältigungsversuch, so konnte der Prozentsatz an Frauen, die vom Verlangen nach einer Schnittentbindung abließen, signifikant gesteigert werden {Halvorsen 2010}.

Als Quelle für Anhaltspunkte zur Reduktion der Sectiofrequenz kann ebenfalls eine Studie von Lewis et al. herangezogen werden {Lewis 2011}. Sie untersuchten, ob es einen Unterschied in den Geburtsmodi gäbe, in Abhängigkeit davon, ob ein Facharzt bei der Entbindung anwesend gewesen sei oder nicht. Alle Gebärenden kamen mit vollständigem Muttermundsbefund

in den Kreißsaal. Die Zahl an Kaiserschnitten bei vollständig eröffnetem Muttermund war signifikant kleiner, wenn der Facharzt anwesend war {Lewis 2011}. Dies untermauert die Vermutung, dass die Sectio häufig auf Grund von Unsicherheit und Unerfahrenheit seitens des Arztes zum Einsatz kommt. Der Wunsch nach einem Kaiserschnitt ist oftmals auch ein Wunsch des Arztes.

4.5 Diskussion der Geburtsängste

Angst vor der Geburt zu haben, ist ein nicht selten angegebenes Merkmal von Schwangeren in der späten präpartalen Zeit. Waldenström et al. nannten 2006 eine Häufigkeit von ca. 10% an Frauen, die präpartal ängstliche Gefühle bezüglich der bevorstehenden Entbindung angaben {Waldenström 2006}. In einer anderen Untersuchung wurde sogar eine Rate von 78% an Frauen, die Ängste die Schwangerschaft oder die Geburt betreffend angaben, genannt {Melender 2002}. Seitens der vorliegenden Studie kann ein Prozentsatz von 8,4% für große Angst und von 20,3% für relativ große Angst vor der Geburt berichtet werden. Sucht man nach den Gründen für diese Geburtsängste, werden in der Literatur z.B. eine vorausgegangene negative Geburtserfahrung und ein vorausgegangener Notkaiserschnitt bei den Mehrgebärenden angegeben {Nilsson 2011, Melender 2002, Nieminen 2009}. In dieser Arbeit wurde bereits erwähnt, dass aus den gleichen Gründen, die zu Geburtsängsten führen, dann später auch ein Kaiserschnitt für die nächste Entbindung gewünscht werde {Nieminen 2009}.

In der vorliegenden Studie wurden die Schwangeren nicht gefragt, weshalb Geburtsängste vorliegen, aber es wurden - mit Hilfe anderer Fragebogenitems und geburtshilflicher Daten - Faktoren gesucht, die entweder ein positives Geburtserleben begünstigen, oder die mit Angst vor der Geburt assoziiert sein könnten. Letzteres konnten wir z.B. bei Frauen, die einen Jungen erwarteten, tendenziell häufiger feststellen. Zu den gleichen Ergebnissen kam Langer {Langer 2002}. Auch sie konnte eine vermutete Assoziation zwischen dem

männlichen Geschlecht des ungeborenen Kindes und ängstlichen Gefühlen, die die Geburt betreffen, feststellen {Langer 2002}.

Bei der Frage, ob Frauen vor primärer Sectio mehr oder weniger Angst als Schwangere vor einem vaginalen Geburtsversuch angeben, konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Frauen, die der Gruppe A, zugeordnet wurden, also diejenigen, die sich eine vaginale Entbindung wünschten und einen spontanen Geburtsversuch anstrebten, hatten zu 8,2% [38] große Angst vor der Geburt. Unter den Teilnehmerinnen, der Gruppe B, die einen (Wunsch-)Kaiserschnitt präferierten, lag die Rate bei 41,7% [5]; in Gruppe C, bei Frauen, die eine primäre Sectio aus medizinischen Gründen erwarteten, bei 3,2% [1]. In anderen Untersuchungen wurde ebenfalls herausgestellt, dass Frauen die Angst vor Geburt hätten, häufiger Sectiopräferenz zeigten {Nieminen 2009, Hildingsson 2002, Gamble 2001, Hellmers 2005}.

Anscheinend kann für die gesteigerte Kaiserschnitttrate unter Frauen mit Geburtsängsten, nicht nur der erhöhte Wunsch nach einer primären Sectio identifiziert werden, sondern auch eine erhöhte Rate an sekundären Sectiones. Bei Frauen ohne Angabe von Ängsten vor der Geburt belief sich die Kaiserschnitttrate auf 12,5%. Bei Nennung von großer Angst vor der Geburt, lag der Wert bei 22,5%. Einen ähnlichen Verlauf zeigen die Daten für die vaginal-operative Entbindung: Unter den Frauen ohne Geburtsängste kam dieses Verfahren in 9,7% der Fälle zum Einsatz, bei Frauen mit ängstlichen Emotionen bezüglich der Entbindung mit einer Häufigkeit von 23%.

In der Literatur können dazu differierende Angaben gefunden werden. In einer schwedischen Studie wurde herausgestellt, dass die Angst vor der Geburt die Rate an Notkaiserschnitten steigern könnte {Ryding 1998}. Bei der daraufhin durchgeführten Untersuchung in UK von Johnson und Slade konnte kein Zusammenhang von ängstlichen Gefühlen vor der Geburt und der Rate an Notkaiserschnitten festgestellt werden {Johnson 2002}. Die Ergebnisse unserer Studie lassen einen Zusammenhang zwischen ängstlichen Emotionen, die die Geburt betreffen, und sekundären Sectiones vermuten (17,5% sekundäre

Sectionrate bei Geburtsängsten vs. 5,6% sekundäre Sectionrate ohne Geburtsängste).

Einschränkend muss jedoch angeführt werden, dass bei diesem Studienkollektiv nur unter primären und sekundären Kaiserschnitten unterschieden wurde und letztere nicht nach der Dringlichkeit auseinander dividiert wurden.

Im Ausblick für eine geburtshilfliche Optimierung wäre es wünschenswert, Schwangere regelhaft präpartal nach ihren bisherigen Geburtserfahrungen aktiv zu befragen und bei Bedarf psychotherapeutische Hilfe zu vermitteln um die Handlungskompetenz der Frauen zu stärken.

Um die Angst während der Schwangerschaft bzw. vor der Geburt zu bewältigen, kann das Heranziehen von Informationen und Unterstützung, z.B. in Form von Büchern über Schwangerschaftsverlauf, Geburt und Wochenbett, durch den Besuch eines Geburtsvorbereitungskurses und durch den aktiven Beistand der Hebamme und des Arztes hilfreich sein {Schwarz, 2011 }.

„Psychotherapie ist immer dann angebracht,

- wenn aus dem Verhalten Ängstlichkeit und Hinweise auf Verunsicherung sichtbar werden. Ängstlichkeit zeigt sich durch ständig wiederkehrende Fragen gleichen Inhalts, deren Antworten wenig Beruhigung bringen. Die Frauen zeigen nervöse Anspannung und verbale Hinweise darauf sowie panikartige Stimmungen. Hinweise auf Verunsicherung können etwa in Sätzen wie „ich schaffe das nicht“, oder „ich halte das nicht aus“ zum Vorschein kommen.
- wenn Zeichen massiver Verleugnung von Angst beobachtet werden, wenn Frauen sofort das Thema wechseln, wenn auf die Geburt zu sprechen kommt oder aggressiv auf Fragen reagieren.
- wenn sehr starke Anpassung und Selbstverleugnung manifest werden. Dies kann man in einer bedrohlichen Situation oder unter starken Schmerzen beobachten.
- wenn sehr „angenehme“, stumme, scheinbar bedürfnislose Frauen, jegliche Zuwendung und damit auch mögliche Hilfe von sich abwenden. Wie z. B. mit dem Hinweis „Mir geht es gut, kümmern Sie sich lieber um die anderen, die sind

noch viel schlimmer dran als ich..." {Schwarz, 2011 zit. nach Wimmer-Puchinger, 1992}.

4.6 Diskussion der Geburtszufriedenheit und des Geburtserlebens

Erwartungen und Wünsche, aber auch Ängste bezüglich der Geburt beeinflussen das Geburtserleben. Dazu gehören z.B. die Angst um die Gesundheit des Kindes, die Angst vor Schmerzen, die Angst vor medizinischen Interventionen wie ein Kaiserschnitt und die Angst vor dem Ausgeliefertsein {Geissbühler 2005}. Letztere wird in der Literatur oft als einer der wichtigsten Einflussfaktoren beschrieben {Geissbühler 2005, Green 1993, Goodman 2004, Mackey 1998}. Und selbst die Kontrolle während der Geburtsgeschehnisse zu bewahren, ist eine bedeutungsvolle Variable für die gesamte Geburtszufriedenheit {Goodman 2004, Slade 1993, Mackey 1990}.

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie können eine positive signifikante Beziehung zwischen einer selbstbestimmten und individuellen (II.9) bzw. einer kontrollierten und berechenbaren (II.8) Geburt und des Zufriedenheitsgrades mit der erlebten Form der Entbindung (II.2) darstellen. Frauen, die angaben eine sehr kontrollierte und berechenbare Geburt erlebt zu haben, waren zu einem Anteil von 72% sehr zufrieden mit ihrer erlebten Form der Entbindung. War die Geburt mittelmäßig bis gar nicht kontrolliert, so sank der Zufriedenheitswert auf ca. 30%. Ein gleichbedeutendes Ergebnis lieferte die Frage nach dem Maße der Selbstbestimmung und Individualität während des Geburtsvorgangs. Eine sehr selbstbestimmte Geburt zog zu 75% eine sehr hohe Zufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung nach sich.

Im Durchschnitt unter allen Studienteilnehmerinnen belief sich dieser Wert auf 56%.

Auch wenn vaginal-operative Maßnahmen oder eine Sectio zum Einsatz kommen, kann das zu einem negativen Geburtserleben führen {Rijnders 2008, Waldenström 2004}. Diese Interventionen und andere unerwartete kindliche oder mütterliche Zwischenfälle, wie die Verlegung des Neugeborenen auf die

Intensivstation, gelten auch nach mehreren Jahren postpartal als Indikator für ein schlechtes Geburtserlebnis {Rijnders 2008, Waldenström 2004}. Die Daten der bestehenden Studie zeigen ebenfalls, dass die subjektive Zufriedenheit mit der erlebten Geburt, im Vergleich zu den anderen Entbindungsformen, bei sekundären Kaiserschnitten mit 43,4% signifikant am niedrigsten ist. Nach Vakuumextraktionen liegen die Zufriedenheitswerte bei 75% und steigen über 83,3% bei primären Schnittentbindungen, bis auf 96,8% bei den Spontangeburt. Und auch wenn man das Gesamtgeburtserleben im Sinne der Salmon's Item List heranzieht, schneiden die sekundären Kaiserschnitte mit 58,6% positivem Geburtserleben deutlich unter dem Durchschnitt von 74,6% ab. Alle anderen Geburtsmodi (Vakuumextraktion, primäre Sectio, Spontangeburt) erzielten mindestens mit einer Häufigkeit von 70% ein gutes gesamtes Geburtserleben.

Ein negatives Geburtserlebnis sollte ernst genommen werden, da sich daraus einerseits eine negative Langzeiterinnerung entwickeln kann {Pantlen 2001, Nilsson 2011, Stadlmayr 2006}, oder andererseits sich weniger darauffolgende Kinder und ein längeres Intervall bis zur nächsten Schwangerschaft anschließen können {Gottvall 2002}. Frauen, die gefährdet waren, eine negative Langzeiterinnerung des Geburtserlebnisses zu entwickeln, konnten schon kurze Zeit postpartal identifiziert werden, wenn man unter Anderem deren gesamtes Geburtserleben, welches mit der SIL erfasst werden konnte, in Betracht zog {Stadlmayr 2006}.

Die Schmerzintensität scheint anfangs eher eine untergeordnete Rolle für die Geburtszufriedenheit zu spielen. Die Angst vor Schmerzen wird zwar von vielen Frauen präpartal berichtet, doch vermag die Schmerzerleichterung alleine nicht zu einem besseren Geburtserleben beizutragen {Waldenström 2004, Kannan 2001, Morgan 1982}. Paradoxerweise waren Patientinnen mit PDA sogar unzufriedener mit ihrem Geburtserleben, obwohl sie eine geringere Schmerzintensität angaben {Kannan 2001}. Wahrscheinlich lässt sich dieser Umstand dadurch erklären, dass eine PDA häufiger zu lang andauernden Geburtsverläufen und vaginal-operativen Entbindungen führt und diese

ihrerseits mit negativem Geburtserleben in Zusammenhang stehen {Morgan 1982}. Diese Ergebnisse können bei der vorliegenden Studienpopulation bestätigt werden. Zum einen konnte bei Frauen mit PDA in 71,1% und bei denjenigen ohne Anästhesie während der Geburt (ausgenommen Schmerzmittel) in 83,8% ein gutes Gesamtgeburtserleben verzeichnet werden. Und zum anderen lag die Zufriedenheit mit dem erlebten Geburtsmodus bei Frauen ohne Anästhesie signifikant höher als bei Gebärenden mit PDA (95,7% vs. 79,4%).

Wie bei Waldenström 2004, Kannan 2001 und Morgan 1982 trug auch in dieser Studie eine geringere Schmerzintensität nicht zu einem besseren Geburtserleben bei. Sondern es wurde erarbeitet, dass je höher die Schmerzintensität von den Frauen angegeben wurde, umso häufiger über ein positives Geburtserleben berichtet wurde. Bei sehr starken Geburtsschmerzen steht eine Häufigkeit von 81,1% für ein positives Gesamtgeburtserleben, bei mittelmäßigen Beschwerden von 73,8% und bei ziemlich schwachen oder schwachen von 44% ($\alpha=0,004$). Die Ergebnisse sind signifikant.

Desweiteren ist der Informationsaustausch und die Kommunikation mit dem medizinischen Personal - oder wie es in dieser Studie genannt wird: die Informiertheit und die Einbeziehung in Entscheidungsprozesse - wichtig für ein positives Geburtserlebnis {Waldenström 2004, Mackey 1990}. Die Daten zeigten, dass sich so gut wie alle Frauen gut informiert und in Entscheidungsprozesse mit einbezogen fanden.

Ca. 97% der Studienteilnehmerinnen fühlten sich ziemlich gut oder sehr gut informiert über ihre Form der Entbindung. Und auch diese Ergebnisse lassen - trotz der geringen Zahl an Uninformierten - die Wichtigkeit des Informationsaustausches erahnen: Fühlten sich Frauen sehr gut informiert, waren 91,6% mit ihrer erlebten Form der Entbindung zufrieden. Bei ziemlich gutem Informationsgrad lag die Rate bei 75% und bei mittelmäßig bis schlechtem bei 28,6%. Das Gesamtgeburtserleben zeigte ein sehr ähnliches Ergebnis. Ebenso konnten die höchsten Zufriedenheitsraten erzielt werden, wenn die Frauen in hohem Maße in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs mit einbezogen wurden.

Natürlich, wie in allen Lebensbereichen, wird die Zufriedenheit bzw. die Enttäuschtheit nicht zuletzt von den Erwartungen beeinflusst. In einer Studie von Karlstrom et al. hatten beispielsweise Frauen mit Sectiowunsch trotz der Erfüllung ihres Verlangens nicht automatisch ein positiveres Geburtserlebnis, als Frauen, die vaginal entbunden wurden. Diese Gruppe von Frauen mit abdominaler Entbindung hätte sogar ein schlechteres Geburtserlebnis, weshalb viele zweifeln, ob sie noch weitere Kinder haben wollen {Karlstrom 2011, Gottvall 2002}. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie stellt die Dauer bis zum ersten Kontakt zum Kind auch einen wichtigen Faktor für die Geburtszufriedenheit dar. Immerhin 87,9% der Studienteilnehmerinnen gaben an, für sie sei es wichtig, ihr Kind möglichst früh in den Armen halten zu können. Fand der Erstkontakt dann subjektiv empfunden unmittelbar nach der Geburt statt, beliefen sich die Zufriedenheitswerte mit der erlebten Entbindung auf 62,7%. Mit größerem zeitlichem Abstand sanken die Werte signifikant auf unter 30% ($\alpha=0,000$).

Um die Erlangung eines positiven Geburtserlebens sollten alle Geburtshelfer und -begleiter bemüht sein, da es wichtig für die anschließende Geburtenhäufigkeit der Frauen ist {Gottvall 2002}. Frauen, die zum ersten Mal schwanger sind, haben aber nicht selten eine unrealistische Vorstellung davon, mit welcher Häufigkeit Interventionen, wie geburtseinleitende oder vaginal-operative Maßnahmen, zum Einsatz kommen {Shub 2012}.

Die Frauen selbst, aber auch Geburtsmediziner und Hebammen, glaubten an zum Teil deutlich höhere Raten von Geburten, die ohne medizinische Interventionen ablaufen würden {Shub 2012}.

Ein weiterer Faktor für das Geburtserleben, wenn auch nur eine sehr geringe Anzahl an Teilnehmerinnen betreffend, könnte das Vorwissen bzw. das Nichtwissen um das Geschlecht des ungeborenen Kindes sein. Zehn Studienteilnehmerinnen gaben an, das Geschlecht ihres Kindes bei der Ultraschalluntersuchung nicht erfahren zu wollen. Alle dieser Frauen hatten, laut Erfassung mit der SIL, ein gutes Geburtserleben. Unter allen Teilnehmerinnen lag die Rate für gutes Geburtserleben bei 74,6%. Dem Wert

von 100%, bezogen auf die Frauen, die das Geschlecht ihres Kindes nicht erfahren wollten, sollte besondere Bedeutung beigemessen werden, auch wenn die Subpopulation mit zehn recht klein ist.

In der Literatur gibt es auch Quellen, laut derer das Geburtserleben bei primären Kaiserschnitten, ganz egal welcher Indikation, besser als bei Spontangeburt sei. Schindl et al. berichteten z.B. über ein signifikant besseres Geburtserleben –evaluiert mit der SIL- bei Frauen mit primären Sectiones im Vergleich zu Spontangeburt; jedoch würden die Spontangeburt noch vor den sekundären Kaiserschnitten und diese wiederum vor den Vakuumextraktionen rangieren {Schindl 2003}.

Und auch eine Studie an Erstgebärenden von Blomquist et al., die ebenfalls mit der SIL arbeiteten, kam zu dem Ergebnis, dass Frauen mit geplantem Kaiserschnitt höhere Zufriedenheitswerte, höhere Werte bei der Erfüllung und niedrigere Stresswerte, als Frauen mit geplanter vaginaler Geburt zeigen würden. Frauen mit sekundärer, ungeplanter Sectio hätten die geringsten Zufriedenheitswerte {Blomquist 2011}.

Dem gegenüber stehen unsere verfügbaren Daten und die Ergebnisse anderer Autoren, die ein signifikant besseres Geburtserlebnis bei vaginal entbundenen Frauen im Vergleich zu elektiv abdominal entbundenen Frauen anführen {Tschudin 2009, DiMatteo 1996}.

Hier wird deutlich, dass bzw. warum die öffentliche Meinung über das Thema primäre Sectio, Sectio auf Wunsch und Spontangeburt polarisiert ist.

Ob aus einer elektiven Sectio (ganz unabhängig davon, ob gewünscht oder medizinisch indiziert) oder aus einer normalen vaginalen Entbindung ein besseres Geburtserlebnis resultiert, hängt vielleicht auch von der Konstitution der Frau und anderen Umgebungsfaktoren ab. Fest steht jedoch, Kaiserschnitt ist nicht gleich Kaiserschnitt. Frauen mit Not- bzw. sekundärer Sectio berichten am häufigsten über schlechte Geburtserfahrungen {Schindl 2003, Blomquist 2011, Rijnders 2008, Waldenström 2004, DiMatteo 1996}.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Wünsche und Erwartungen an die Geburt sind sehr vielfältig und sind sowohl in frühere Erfahrungen, als auch in persönliche und psychosoziale Faktoren eingebettet. Diese Arbeit beschäftigte sich mit den präpartalen Wünschen und Erwartungen der Schwangeren, sowie deren postpartaler Zufriedenheit. Es gelang mütterliche und geburtshilfliche Faktoren zu erarbeiten, die den Geburtsverlauf beeinflussen können. Ein weiteres Ziel dieser prospektiven Studie war es, anhand der Ergebnisse die geburtshilfliche Betreuung in der Frauenklinik der LMU-Innenstadt evaluieren und optimieren zu können.

Einerseits mit einem selbstentwickelten Fragenkatalog, und andererseits mit standardisierten Fragebögen, sollten die Frauen prä- und postpartal ihre Wünsche bzw.- Erfahrungen bezüglich der Geburt äußern. Außerdem wurden im präpartalen Fragebogen, der von 522 Frauen ausgefüllt wurde, psychosoziale Motive erfragt. Dazu wurde ein prospektives Studiendesign angewendet. Der postpartale Fragenkatalog wurde von ca. 45% derjenigen, die schon den ersten Teil abgaben, vervollständigt.

Als Wünsche und Erwartungen zeichneten sich der Wunsch nach Unversehrtheit des Kindes, der Wunsch nach Einbindung in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs, die Vorstellung das Kind möglichst früh in den Armen halten zu können und das Bedürfnis, der Partner könne bei der Geburt dabei sein, ab.

Konnten diese Erwartungen, sowie andere peripartale oder geburtshilfliche Faktoren erfüllt werden, so stellte sich eine hohe Zufriedenheit mit der erlebten Form der Entbindung bzw. ein positives Geburtserleben ein. Als bedeutende Aspekte, die zu Zufriedenheit und positiven Erfahrungen führten, konnten folgende ermittelt werden: die Unversehrtheit des Kindes, der erste Kontakt zum Kind, ein kontrollierter und berechenbarer bzw. ein selbstbestimmter und individueller Geburtsverlauf, die Anästhesie während der Geburt, die Geburtsdauer, die Geburtsängste, die Schmerzen während der Geburt und der Geburtsmodus. Bei der Anwendung einer PDA, bei lang andauernden

Geburtsverläufen und bei sekundären Sectiones resultierten tendenziell häufiger negative Geburtserfahrungen. Es gelang jedoch auch Erkenntnisse darüber zu gewinnen, dass eine höhere subjektiv empfundene Schmerzintensität während der Geburt und die präpartale Angabe von Geburtsängsten eher mit einem positiven Geburtserleben assoziiert werden können. Eine geringe Anzahl an Frauen, die bei der präpartalen Ultraschalluntersuchung das Geschlecht ihres Kindes nicht erfahren wollte, konnte sogar zu 100% ein gutes Geburtserleben erlangen.

Ein weiterer wichtiger Untersuchungsbestandteil war die Erfragung der Präferenz zu einer vaginalen Entbindung oder zu einem Kaiserschnitt seitens der Schwangeren. Es zeichnete sich ab, dass der „Wunschkaiserschnitt“ weniger als Wunsch der Frauen präsent ist, sondern - wie andere Untersuchungen zeigten - gehäuft auch in der Form als Wunsch des Arztes auftritt. Schwangere, die jedoch eine normale Geburt präferierten, konnten solch eine dann auch mit großer Häufigkeit erleben.

Die Ergebnisse der Studie unterstreichen die Bedeutung der Beachtung psychosozialer und peripartaler Faktoren, die den Geburtsverlauf beeinflussen bzw. beeinträchtigen können, um eine natürliche Geburt zu unterstützen.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Althabe F, Belizán JM Villar J. Alexander S. Bergel E. Ramos S. Romero M. Donner A. Lindmark G. Langer A. Farnot U. Cecatti JG Carroli G. Kestler E.; Latin American Caesarean Section Study Group. (2004): Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean Sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. In: *Lancet. Jun 12;363(9425)*, S. 1934–1940.

Aslam, M. F.; Gilmour, K.; Fawdry, R. D. S. (2003): Who wants a caesarean Section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. In: *J Obstet Gynaecol* 23 (4), S. 364–366.

www.baby-lexikon.com, 2009: Geschichte Kaiserschnitt, 24. August 2009. Online verfügbar unter: <http://www.baby-lexikon.com/news/news/geschichte-kaiserschnitt.html>, zuletzt geprüft am 20.12.2013

Beck-Gernsheim, Elisabeth: Die Kinderfrage. Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit. München: C.H. Beck.

Bergholt, Thomas; Lim, Laye K.; Jørgensen, Jan S.; Robson, Michael S. (2007): Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor. In: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 196 (2), S. 163.e1-5.

Blomquist, Joan; Quiroz, Lieschen; MacMillan, Deborah; McCullough, Alexis; Handa, Victoria (2011): Mothers' Satisfaction with Planned Vaginal and Planned Cesarean Birth. In: *Amer J Perinatol* 28 (05), S. 383–388.

Broscher, Ulrike (2003): Wie kam der Kaiserschnitt zu seinem Namen? In: Spektrum.de – Ein Service von Spektrum der Wissenschaft, 16.03.2003. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaft-online.de/artikel/616209&z=>, zuletzt geprüft am 20.12.2013

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Müttersterblichkeit in Deutschland, 1892 bis 2010. Online verfügbar unter <http://www.bib->

demografie.de/DE/DatenundBefunde/08/Abbildungen/a_08_34_muettersterblichkeit_d_1892_2010.html;jsessionid=EE415641020AD17DD91B15EB28DF2DB8.2_cid292?nn=3071458, zuletzt geprüft am 26.11.2012.

Costa, Maria L.; Cecatti, Jose G.; Milanez, Helaine M.; Gülmezoglu, Metin A. (2010): Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. In: *Reproductive Health* 2010, 7:13.

Crowther, C. A.; Dodd, J. M.; Hiller, J. E.; Haslam, R. R.; Robinson, J. S. (2012): Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. In: *PLoS Med* 9 (3), S. e1001192.

Declercq, Eugene; Barger, Mary; Cabral, HowardJ; Evans, StephenR; Kotelchuck, Milton; Simon, Carol et al. (2007): Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. In: *Obstet Gynecol* 109 (3), S. 669–677.

Derogatis, L. R.: SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University School of Medicine.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2008): Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch. Leitlinien der DGGG. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-054_S1_Absolute_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea_und_so_genannte_Sectio_auf_Wunsch_07-2008_07-2013.pdf, zuletzt geprüft am 03.11.12.

DiMatteo, M. R.; Morton, S. C.; Lepper, H. S.; Damush, T. M.; Carney, M. F.; Pearson, M.; Kahn, K. L. (1996): Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. In: *Health Psychol* 15 (4), S. 303–314.

Dursun, Polat; Yanik, Filiz B.; Zeyneloglu, Hulusi B.; Baser, Eralp; Kuscu, Esra; Ayhan, Ali (2011): Why women request cesarean Section without medical indication? In: *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med* 24 (9), S. 1133–1137.

Edwards Z, McColgan K. (2011): Elective caesarean Section: a case study. In: *Feb;21(2):60-3*.

Essig, Rolf-Bernhard (2000): Geburt mit Wein und Dolch. Wie der Schweinekastrator Jacob Nufer vor 500 Jahren die Geschichte des modernen Kaiserschnitts eröffnete. In: *Die Zeit*, 20. Dezember 2000

Franke, G. H. (1995): SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version- Manual. Göttingen: Beltz.

Gamble, J. A.; Creedy, D. K. (2001): Women's preference for a cesarean Section: incidence and associated factors. In: *Birth* 28 (2), S. 101–110.

Geissbühler, V.; Zimmermann, K.; Eberhard, J. (2005): Geburtsängste in der Schwangerschaft - Frauenfelder Geburtenstudie. In: *Geburtsh Frauenheilk* 65 (9), S. 873–880.

Georgas, J.; Giakoumaki, E.; Georgoulas, N.; Koumandakis, E.; Kaskarelis, D. (1984): Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications. In: *Psychother Psychosom* 41 (4), S. 200–206.

Goodman, Petra; Mackey, Marlene C.; Tavakoli, Abbas S. (2004): Factors related to childbirth satisfaction. In: *J Adv Nurs* 46 (2), S. 212–219.

Gottvall, Karin; Waldenström, Ulla (2002): Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? In: *BJOG* 109 (3), S. 254–260.

Green, J. M. (1993): Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. In: *Birth* 20 (2), S. 65–72.

Green, Josephine M.; Baston, Helen A. (2003): Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. In: *Birth* 30 (4), S. 235–247.

Grübner, Matthias (2005): Stellungnahme des Berufsverbands der Bremer Frauenärzte zur steigenden Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe. Online verfügbar unter http://www.hebammenfuerdeutschland.de/tl_files/download/rund-um-die-geburt/Stellungnahme_Fachaerzte_zur_Sektiofrequenz.pdf, zuletzt geprüft am 27.11.12.

Habiba, M.; Kaminski, M.; Da Frè, M.; Marsal, K.; Bleker, O.; Librero, J. et al. (2006): Caesarean Section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. In: *BJOG* 113 (6), S. 647–656.

Hainer, F.; Kowalcek, I. (2011): Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus. In: *Z Geburtshilfe Neonatol* 215 (1), S. 35–40.

Haines, Helen M.; Rubertsson, Christine; Pallant, Julie F.; Hildingsson, Ingegerd (2012): The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. In: *BMC Pregnancy Childbirth* 12, S. 55.

Halvorsen, Lotta; Nerum, Hilde; Øian, Pål; Sørli, Tore (2008): [Is there an association between psychological stress and request for caesarian Section?]. In: *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 128 (12), S. 1388–1391.

Halvorsen, Lotta; Nerum, Hilde; Sorlie, Tore; Oian, Pal (2010): Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth? In: *Midwifery* 26 (1), S. 45–52.

Hellmers, Claudia (2005): Geburtsmodus und Wohlbefinden – Eine prospektive Untersuchung an Erstgebärenden mit besonderer Berücksichtigung des (Wunsch-) Kaiserschnitts

Hildingsson, Ingegerd; Radestad, Ingela; Rubertsson, Christine; Waldenstrom, Ulla (2002): Few women wish to be delivered by caesarean Section. In: *BJOG* 109 (6), S. 618–623.

- Hildingsson, Ingegerd; Thomas, Jan (2012): Perinatal Outcomes and Satisfaction with Care in Women with High Body Mass Index. In: *Journal of Midwifery & Women's Health* 57 (4), S. 336–344.
- Johnson, Rebecca; Slade, Pauline (2002): Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean Section? In: *BJOG* 109 (11), S. 1213–1221.
- Jundt, Katharina; Haertl, Kristin; Knobbe, Angelika; Kaestner, Ralph; Friese, Klaus; Peschers, Ursula M. (2009): Pregnant women after physical and sexual abuse in Germany. In: *Gynecol. Obstet. Invest* 68 (2), S. 82–87.
- Kannan, S.; Jamison, R. N.; Datta, S. (2001): Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. In: *Reg Anesth Pain Med* 26 (5), S. 468–472.
- Karacam, Zekiye; Onel, Keziban; Gercek, Emine (2011): Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. In: *Midwifery* 27 (2), S. 288–293.
- Karlstrom, Annika; Nystedt, Astrid; Hildingsson, Ingegerd (2011): A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean Section and women who preferred and had a vaginal birth. In: *Sex Reprod Healthc* 2 (3), S. 93–99.
- Khunpradit, Suthit; Tavender, Emma; Lumbiganon, Pisake; Laopaiboon, Malinee; Wasiak, Jason; Gruen, Russell L. (2011): Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean Section. In: *Cochrane Database Syst Rev* (6), S. CD005528.
- Klaghofer, R.; Brähler E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 49 (2), zuletzt geprüft am 08.11.2012.
- Kolås, Toril; Hofoss, Dag; Daltveit, Anne K.; Nilsen, Stein T.; Henriksen, Tore; Häger, Renate et al. (2003): Indications for cesarean deliveries in Norway. In: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 188 (4), S. 864–870.

Kottmel, A.; Hoesli, I.; Traub, R.; Urech, C.; Huang, D.; Leeners, B.; Tschudin, S. (2012): Maternal request: a reason for rising rates of cesarean Section? In: *Arch Gynecol Obstet*.

Langer, Ulrike Bernadette (2002): Untersuchung zur frühen Mutter-Kind-Beziehung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unter besonderer Berücksichtigung der ersten Stunde nach der Geburt

Leeners, Brigitte; Stiller, Ruth; Block, Emina; Gorres, Gisela; Rath, Werner (2010): Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. In: *J Psychosom Res* 69 (5), S. 503–510.

Lewis, E. A.; Barr, C.; Thomas, K. (2011): The mode of delivery in women taken to theatre at full dilatation: does consultant presence make a difference? In: *J Obstet Gynaecol* 31 (3), S. 229–231.

Lukasse, Mirjam; Vangen, Siri; Oian, Pal; Schei, Berit (2011): Fear of childbirth, women's preference for cesarean Section and childhood abuse: a longitudinal study. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 90 (1), S. 33–40.

Lütje, Wolf Michael (2004): Einflussgrößen auf Zufriedenheit und Erleben in der Geburtshilfe

Lutz, U.; Kolip, P. (2006): Die GEK-Kaiserschnittstudie. In: *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* Band 42.

MacKenzie, I. Z.; Cooke, Inez; Annan, B. (2003): Indications for caesarean Section in a consultant obstetric unit over three decades. In: *J Obstet Gynaecol* 23 (3), S. 233–238.

Mackey, M. C. (1990): Women's preparation for the childbirth experience. In: *Matern Child Nurs J* 19 (2), S. 143–173.

Mackey, M. C. (1998): Women's evaluation of the labor and delivery experience. In: *Nursingconnections* 11 (3), S. 19–32.

Melender, Hanna-Leena (2002): Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. In: *Birth* 29 (2), S. 101–111.

Mohllajee, A. P.; Curtis, K. M.; Morrow, B.; Marchbanks, P. A. (2007): Pregnancy intention and its relationship to birth and maternal outcomes. In: *Obstet Gynecol* 109 (3), S. 678–686.

Morgan, B. M.; Bulpitt, C. J.; Clifton, P.; Lewis, P. J. (1982): Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). In: *Lancet* 2 (8302), S. 808–810.

Mould, T. A.; Chong, S.; Spencer, J. A.; Gallivan, S. (1996): Women's involvement with the decision preceding their caesarean Section and their degree of satisfaction. In: *Br J Obstet Gynaecol* 103 (11), S. 1074–1077.

Myers, S. A.; Gleicher, N. (1988): A successful program to lower cesarean-Section rates. In: *N. Engl. J. Med* 319 (23), S. 1511–1516.

Nieminen, Katri; Stephansson, Olof; Ryding, Elsa Lena (2009): Women's fear of childbirth and preference for cesarean Section--a cross-Sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 88 (7), S. 807–813.

Nilsson, C.; Lundgren, I.; Karlstrom, A.; Hildingsson, I. (2011): Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. In: *Women Birth*.

Oblasser, Caroline; Ebner, Ulrike (2007): Der Kaiserschnitt hat kein Gesicht. Fotobuch, Wegweiser und Erfahrungsschatz aus Sicht von Müttern und geburtshilflichen ExpertInnen. Unter Mitarbeit von Gudrun Wesp. 1. Aufl. Salzburg: Ed. Riedenburg.

Orr, S. T.; Miller, C. A.; James, S. A.; Babones, S. (2000): Unintended pregnancy and preterm birth. In: *Paediatr Perinat Epidemiol* 14 (4), S. 309–313.

- Oyuela-García, Juana; Hernández-Herrera, Ricardo Jorge (2010): Psychoprophylaxis and the rate of cesarean Section. In: *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 48 (4), S. 439–442.
- Pang, ManWah; Leung, TseNgong; Lau, TzeKin; Hang, ChungTonyKwok (2008): Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. In: *Birth* 35 (2), S. 121–128.
- Pantlen, A.; Rohde, A. (2001): Psychische Auswirkungen traumatischer erlebter Entbindungen. In: *Zentralbl Gynakol* 123 (1), S. 42–47.
- Prinz, U.; Nutzinger, D.; Schulz, H.; Petermann, F.; Braukhaus, C.; Andreas, S. (2008): Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. In: *Phys Rehab Kur Med* 18 (06), S. 337–343.
- Rijnders, Marlies; Baston, Helen; Schönbeck, Yvonne; van der Pal, Karin; Prins, Marianne; Green, Josephine; Buitendijk, Simone (2008): Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. In: *Birth* 35 (2), S. 107–116.
- Ryding, E. L.; Wijma, B.; Wijma, K.; Rydhstrom, H. (1998): Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean Section. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 77 (5), S. 542–547.
- Salmon, P.; Drew, N. C. (1992): Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. In: *J Psychosom Res* 36 (4), S. 317–327.
- Salmon, P.; Miller, R.; Drew, N. C. (1990): Women's anticipation and experience of childbirth: the independence of fulfillment, unpleasantness and pain. In: *Br J Med Psychol* 63 (Pt 3), S. 255–259.
- Schindl, Monika; Birner, Peter; Reingrabner, Michaela; Joura, ElmarA; Husslein, Peter; Langer, Martin (2003): Elective cesarean Section vs. spontaneous

delivery: a comparative study of birth experience. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 82 (9), S. 834–840.

Schneider, H.; Husslein P.; Schneider K.T.M. (2010): Die Geburtshilfe. 4. Aufl. Berlin: Springer.

Schnitzer, Anna (2004): Zum Bedeutungswandel von Geburt und Mutterschaft - Betrachtungen eines sozialen Ereignisses. In: Der Hallesche Graureiher 2004-2

Schücking, B.; Rott, P.; Siedentopf, F.; Kentenich, H. (2001): Die Wunschsektio-
-medizinische und psychosomatische Problematik. In: *Zentralblatt für Gynäkologie* 123 (1), S. 51–53.

Schwarz, Kathrin (2011): Geboren werden und gebären – Die sanfte Geburt in der Integrativen Gestalttherapie. Online verfügbar unter: http://www.tz-rosensteingasse.at/schwarz_arbeit.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2014

Sharma, Vimla; Colleran, Gabrielle; Dineen, Brendan; Hession, MarieB; Avalos, Gloria; Morrison, JohnJ (2009): Factors influencing delivery mode for nulliparous women with a singleton pregnancy and cephalic presentation during a 17-year period. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 147 (2), S. 173–177.

Shub, Alexis; Williamson, Karen; Saunders, Lauren; McCarthy, Elizabeth A. (2012): Do primigravidae and their carers have a realistic expectation of uncomplicated labour and delivery? In: *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 52 (1), S. 73–77.

Slade, P.; MacPherson, S. A.; Hume, A.; Maresh, M. (1993): Expectations, experiences and satisfaction with labour. In: *Br J Clin Psychol* 32 (Pt 4), S. 469–483.

Stadlmayr, W.; Amsler, F.; Lemola, S.; Stein, S.; Alt, M.; Bürgin, D. et al. (2006): Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. In: *J Psychosom Obstet Gynaecol* 27 (4), S. 211–224.

Stadlmayr, W.; Bitzer, J.; Hösli, I.; Amsler, F.; Leupold, J.; Schwendke-Kliem, A. et al. (2001): Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. In: *J Psychosom Obstet Gynaecol* 22 (4), S. 205–214.

Statistisches Bundesamt (2012): Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt ihrer lebend geborenen Kinder in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutteralter.html#Start>, zuletzt geprüft am 09.11.12.

Statistisches Bundesamt, Pressestelle: Pressemitteilung vom 19. März 2012-98/12. 2010: Fast ein Drittel aller Krankenhausentbindungen per Kaiserschnitt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/03/PD12_098_231pdf.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 09.11.12.

Thompson, Jane F.; Roberts, Christine L.; Currie, Marian; Ellwood, David A. (2002): Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. In: *Birth* 29 (2), S. 83–94.

Tschudin, Sibil; Alder, Judith; Hendriksen, Stephanie; Bitzer, Johannes; Popp, Karoline Aebi; Zanetti, Rosanna et al. (2009): Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean Section on demand? In: *J Psychosom Obstet Gynaecol* 30 (3), S. 175–180.

Turner, C. E.; Young, J. M.; Solomon, M. J.; Ludlow, J.; Benness, C.; Phipps, H. (2008): Vaginal delivery compared with elective caesarean Section: the views of pregnant women and clinicians. In: *BJOG* 115 (12), S. 1494–1502.

Turner, Catherine E.; Young, Jane M.; Solomon, Michael J.; Ludlow, Joanne; Benness, Christopher; Phipps, Hala (2008): Willingness of pregnant women and clinicians to participate in a hypothetical randomised controlled trial comparing vaginal delivery and elective caesarean Section. In: *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 48 (6), S. 542–546.

Waldenström, U.; Hildingsson, I.; Ryding, E. L. (2006): Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean Section and experience of childbirth. In: *BJOG* 113 (6), S. 638–646.

Waldenström, Ulla; Hildingsson, Ingegerd; Rubertsson, Christine; Rådestad, Ingela (2004): A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. In: *Birth* 31 (1), S. 17–27.

Warner, R.; Appleby, L.; Whitton, A.; Faragher, B. (1996): Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. In: *Br J Psychiatry* 168 (5), S. 607–611.

Wikipedia (2013): Spinalanästhesie, 20. Dezember 2013. Online verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Spinalan%C3%A4sthesie>, zuletzt geprüft am 20.12. 2013

World Health Organization (1985): Appropriate technology for birth. In: *Lancet* 2 (8452), S. 436–437.

7. ANHANG

- 1) Fragebogen - Teil 1
- 2) Fragebogen - Teil 2
- 3) Tabelle 1
- 4) Tabelle 2



Code

Studie „Geburt: Wünsche, Erwartungen und postpartale Zufriedenheit“ – Teil 1

Liebe Schwangere,

bitte füllen Sie den Fragebogen aus und geben Sie ihn danach bei der Hebamme/dem Arzt ab!

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig! Selbstverständlich werden in der Auswertung die Daten anonym bearbeitet.

1) Welchen Geburtsmodus haben Sie sich vor der Schwangerschaft am ehesten gewünscht?

- ☐ ganz sicher eine vaginale Geburt
- ☐ eher eine vaginale Geburt
- ☐ eher einen Kaiserschnitt
- ☐ ganz sicher einen Kaiserschnitt

2) Welcher Geburtsmodus ist jetzt für Sie geplant?

- ☐ vaginale, spontane Geburt
 - ☐ Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen, weil
 - ☐ Wunschkaiserschnitt (es ist Ihr persönlicher Wunsch, medizinische Gründe liegen nicht vor)
- Falls Sie Wunschkaiserschnitt markiert haben, lassen Sie sich bitte noch ein Extrablatt geben!

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1 bis 5, der Ihren Wünschen und Erwartungen am ehesten entspricht.

Ich wünsche mir eine möglichst rasche Geburt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Die Dauer des Geburtsvorgangs spielt für mich keine Rolle
Ich wünsche mir größtmögliche Schmerzfreiheit	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Schmerzen gehören zur Geburt und ich nehme sie in Kauf
Ich denke, die Geburt wird ein tolles Erlebnis für mich	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Ich denke, die Geburt wird eine große Belastung für mich darstellen
Ich habe Angst vor der Geburt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	Ich habe keine Angst vor der Geburt

7) Ich bin ausreichend aufgeklärt über die verschiedenen Möglichkeiten der Geburt (Spontangeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt) und weiß über Komplikationen Bescheid.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

8) Ich möchte in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs miteingebunden sein.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

9) Die Gesundheit meines Kindes hat für mich oberste Priorität.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

10) Meine Gesundheit, v.a. die Vermeidung von Geburtsverletzungen, ist sehr wichtig für mich.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

11) Ich möchte, dass während des Geburtsvorgangs weitgehend auf Medikamente (ausgeschlossen PDA) und medizinische Eingriffe verzichtet wird.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

12) Möchten Sie zur Geburt eine PDA (Periduralanästhesie = Rückenmarksnarkose)?

- ☐ ja, ganz sicher, weil
- ☐ eher ja, weil
- ☐ eher nein, weil
- ☐ nein, auf keinen Fall, weil

13) Ich wünsche mir eine berechenbare und kontrollierte Geburt.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

14) Mir ist es wichtig, ein erfülltes Geburtserleben zu haben.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

15) Selbstbestimmung und Individualität sind bei meiner Geburt sehr wichtig für mich.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

16) Mir ist es wichtig, mein Kind möglichst früh in den Armen halten zu können.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

17) Mir ist es wichtig, dass mein Partner bei der Geburt dabei sein kann.

stimmt gar nicht	stimmt wenig	stimmt teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
------------------	--------------	--------------------	-----------------	---------------

18) War diese Schwangerschaft geplant?

gar nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	völlig
-----------	-------	-------------	----------	--------

19) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Mutter beschreiben?

sehr distanziert	ziemlich distanzie	teils-teils	ziemlich eng	sehr eng
------------------	--------------------	-------------	--------------	----------

20) Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Vater beschreiben?

sehr distanziert	ziemlich distanzie	teils-teils	ziemlich eng	sehr eng
------------------	--------------------	-------------	--------------	----------

21) Mussten Sie jemals in Ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalt erleiden?
(Beantwortung freigestellt!)

- ☐ nein
- ☐ ja
- ☐ ich möchte hierzu keine Angaben machen

Bitte antworten Sie für jede Beschwerde

Welche Gefühle haben Sie in der letzten Woche erlebt?		<i>über- haupt nicht</i>	<i>ein wenig</i>	<i>ziem- lich</i>	<i>stark</i>	<i>sehr stark</i>
1	Gefühlsausbrüche, gegenüber [?] denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2	das Gefühl, dass es Ihnen [?] schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3	das Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5	das Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6	das Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7	Schweregefühl in den Armen oder [?] den Beinen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen [?] werden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9	Einsamkeitsgefühle, selbst wenn [?] Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

22) Haben Sie eine Fruchtwasseruntersuchung/ Chorionzottenbiopsie durchführen lassen?

- ☐ nein, es lag kein Grund vor.
- ☐ nein, obwohl es mir empfohlen wurde. Grund:
- ☐ ja, weil ich es wollte. Grund:
- ☐ ja, weil man mir es empfohlen hat. Grund:

23) Wissen Sie bereits das Geschlecht Ihres Kindes?

- ☐ ja, ich wollte das Geschlecht bei der Ultraschalluntersuchung erfahren
 - ☐ es ist ein Junge
 - ☐ es ist ein Mädchen
 - ☐ ich wüsste es gern, aber man konnte es nicht sehen
- ☐ nein, ich wollte das Geschlecht bei der Ultraschalluntersuchung nicht wissen
 - Ich denke aber, es wird ein
 - ☐ Mädchen
 - ☐ Junge

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben!

Bei Sorgen oder Fragen im Zusammenhang mit Ihrer Geburt oder dieser Studie können Sie sich gerne an uns wenden.

Kontaktanschrift:

OA Dr. Ralph Kästner

Perinatalzentrum Klinikum Innenstadt LMU

Maistraße 11, 80337 München

Email: ralph.kaestner@med.uni-muenchen.de

Tel.: 089/5160-4111

Fax: 089/5160-4619



Code

Studie „Geburt: Wünsche, Erwartungen und postpartale Zufriedenheit“ – Teil 2

Bitte füllen Sie den Fragebogen anonym aus und geben Sie ihn danach bei Ihrer betreuenden Krankenschwester ab! Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig!

1) Wie haben Sie ihr Kind geboren?

- ☐ Vaginale, spontane Geburt
- ☐ Vaginale, operative Geburt (Saugglocken-, Zangen Geburt)
- ☐ Kaiserschnitt aus medizinischen Gründen, der schon vor der Geburt geplant war
- ☐ Kaiserschnitt, obwohl eine vaginale Entbindung geplant war
- ☐ Wunschkaiserschnitt (es war Ihr persönlicher Wunsch, medizinische Gründe für den Kaiserschnitt lagen nicht vor)

2) Sind Sie mit der erlebten Form der Entbindung zufrieden?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

3) Fühlten Sie sich für diese Form der Entbindung ausreichend aufgeklärt und informiert?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

4) Wurden Sie in Entscheidungsprozesse während des Geburtsvorgangs miteinbezogen?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

5) Ist Ihr Kind durch die Geburt beeinträchtigt worden?

gar nicht	kaum	ein wenig	ziemlich	stark
-----------	------	-----------	----------	-------

6) Sind Sie mit Ihrem Körper und Ihrer Gesundheit nach der Geburt zufrieden?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

7) Sind Sie mit dem Einsatz der bei Ihnen angewandten Medikamente und technischen Geräte während der Geburt zufrieden?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

8) Haben Sie eine kontrollierte und berechenbare Geburt erlebt?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

9) Konnten Sie eine selbstbestimmte und individuelle Geburt erleben?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

10) Der erste Kontakt zu meinem Kind fand nach ca.min (bitte geschätzte Dauer in Minuten eintragen) statt.

Diese Zeit würde ich auf einer Skala bewerten als

1 sehr lange nach der Geburt	2	3	4	5 unmittelbar nach der Geburt
------------------------------------	---	---	---	-------------------------------------

11) Mein Partner konnte bei der Geburt unseres Kindes dabei sein.

ja	teilweise	nein
----	-----------	------

12) Meine Geburtsschmerzen würde ich auf einer Skala beurteilen als

sehr stark	ziemlich stark	mittelmäßig	ziemlich schwach	sehr schwach
------------	----------------	-------------	------------------	--------------

13) Sind Sie mit der zeitlichen Dauer ihrer Geburt zufrieden?

gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr
-----------	------	-------------	----------	------

14) Würden Sie sich für eine wieder bevorstehende Geburt die gleiche Entbindungsform noch einmal wünschen? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein:

Ich möchte am liebsten eine ganz normale Geburt (Spontangeburt)	1 2 3 4 5	Ich möchte am liebsten einen Kaiserschnitt
---	-----------------------	--

Markieren Sie den Punkt auf der jeweiligen Skala von 1 bis 7, von dem Sie denken, daß er am besten beschreibt, wie Sie sich **unter der Geburt und in den ersten Stunden danach** fühlten;

Falls Sie bestimmte Fragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten Ihrer Geburt verschieden beantworten möchten, bilden Sie bitte einen Mittelwert und tragen diesen dann auf der Skala von 1 bis 7 ein.

1	enttäuscht	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht enttäuscht
2	begeistert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht begeistert
3	voller Freude	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ohne Freude
4	deprimiert	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht deprimiert
5	glücklich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht glücklich
6	gute Erfahrung	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	schlechte Erfahrung
7	ich kam gut klar	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	ich kam schlecht klar
8	unter Kontrolle	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht unter Kontrolle
9	ängstlich	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht ängstlich
10	schmerzhaft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht schmerzhaft
11	die Zeit verging schnell	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	die Zeit verging langsam
12	erschöpft	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	nicht erschöpft

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben!

Bei Fragen oder Belastungen im Zusammenhang mit Ihrer Geburt oder dieser Befragung können Sie sich gerne an uns wenden.

Kontaktanschrift:

Dr. Ralph Kästner

ralph.kästner@med.uni-muenchen.de

089/5160-4111

Anhang 3:



Tabelle 1

	Geschlecht des Kindes							Gesamt
	ich wollte es erfahren	ich wollte es nicht erfahren	es ist ein Junge	es ist ein Mädchen	ich wollte das Geschlecht erfahren, aber man konnte es nicht sehen	ich wollte das Geschlecht nicht erfahren, ich denke aber es wird ein Mädchen	ich wollte das Geschlecht nicht erfahren, ich denke aber es wird ein Junge	
Anzahl	3	12	213	214	7	8	7	464
a % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,6%	2,6%	45,9%	46,1%	1,5%	1,7%	1,5%	100,0%
Anzahl	0	0	7	4	1	0	0	12
b % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	0,0%	58,3%	33,3%	8,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Anzahl	0	0	18	16	0	1	0	35
c % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,0%	0,0%	51,4%	45,7%	0,0%	2,9%	0,0%	100,0%
Anzahl	3	12	238	234	8	9	7	511
Gesamt % innerhalb von Gruppeneinteilung	0,6%	2,3%	46,6%	45,8%	1,6%	1,8%	1,4%	100,0%

Anhang 4:

Tabelle 2

	Kindslage								Gesamt	
	vordere HHL	hintere HHL	sonst. re- gelwidrige SL, hoher Geradstand	BEL	Schräg-/ Querlage	Schädel- lage	Vorder- haupts- lage	Gesichts- lage	tiefer Quer- stand	
Anzahl	20	1	0	2	1	4	0	0	0	28
% innerhalb von gar nicht SS geplant	71,4%	3,6%	0,0%	7,1%	3,6%	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Anzahl	5	0	0	2	0	2	0	0	0	9
% innerhalb von wenig SS geplant	55,6%	0,0%	0,0%	22,2%	0,0%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Anzahl	35	0	1	0	0	6	1	0	1	44
% innerhalb von teils-teils SS geplant	79,5%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	13,6%	2,3%	0,0%	2,3%	100,0%
Anzahl	52	5	6	1	1	12	0	1	0	78
% innerhalb von ziemlich SS geplant	66,7%	6,4%	7,7%	1,3%	1,3%	15,4%	0,0%	1,3%	0,0%	100,0%
Anzahl	227	17	5	13	1	34	4	0	0	301
% innerhalb von völlig SS geplant	75,4%	5,6%	1,7%	4,3%	0,3%	11,3%	1,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Anzahl	339	23	12	18	3	58	5	1	1	460
% innerhalb von SS geplant	73,7%	5,0%	2,6%	3,9%	0,7%	12,6%	1,1%	0,2%	0,2%	100,0%

Eidesstattliche Versicherung

Schrittenloher, Veronika

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Peripartale Einflussgrößen auf Geburtsmodus und Zufriedenheit unter besonderer
Beachtung des Wunschkaiserschnittes

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und
alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als
solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle
einzeln nachgewiesen habe

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in
ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades
eingereicht wurde.

Woinzach, 01.08.2014

Ort Datum

Unterschrift des/der/des/die/dem